

# 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 019.689.822-64 4 - Nome completo da vítima: Elderson Lima Carvalhante

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

5 - Nome completo: Elderson Lima Carvalhante 6 - CPF: 019.689.822-64  
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Leão, Bloco G1, 9 - Número: 203 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Endade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-518  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

## 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00061060 4 (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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, informar Vivos:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 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  
Impressão  
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, *Bon Vista - RR 05 de Fevereiro*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *William Lima Carvalhante*

43 - Assinatura do Procurador (se houver) *William Gonçalves*



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

582050

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000270/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/01/2020 09:21 Data/Hora Fim: 03/01/2020 09:43  
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/11/2019 19:40

Bairro: Buritis

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua Felipe Xaude com Avenida dos imigrantes

Tipo do Local: Via Pública

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Veículo

EN VOLVIDO(S)

**Nome Civil: CLEDSO LIMA CAVALCANTE (VÍTIMA , COMUNICANTE , CONDUTOR )**

Idade 25

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vitorino Freire

Sexo: Masculino

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Iracely Lima Cavalcante

Nome do Pai: Francisco de Sousa Cavalcante

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 019.689.822-64

RG - Carteira de Identidade: 3886557

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: Bloco G1, Apto.

Logradouro: R Leão

CEP: 69.317-518

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99142-8738 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE))**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Cor LARANJA

Marca/Modelo VW SAVEIRO

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Envolvimentos

Nome Envolvido

Proprietário

Desconhecido 1

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

Impresso por: José Maria de Souza Moura

Data de Impressão: 03/01/2020 09:43

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 000270/2020

**Grupo** Veículo  
**CPF/CNPJ do Proprietário** 019.689.822-64  
**Renavam** 00141699485  
**Ano/Modelo Fabricação** 2009/2009  
**UF Veículo** Roraima  
**Marca/Modelo** HONDA BIZ 125 ES  
**Quantidade** 1 Unidade

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta  
**Placa** NAZ 3625  
**Número do Chassi** 9C2JC42209R058636  
**Cor** VERMELHA  
**Município Veículo** Boa Vista  
**Veículo Adulterado?** Não  
**Situação** Meio Empregado

**Nome Envolvido**

Cledson Lima Cavalcante

**Envolvimentos**

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

O senhor acima qualificado, compareceu à esta delegacia para nos comunicar que na data e horário acima mencionados, sofreu um acidente quando conduzia sua motocicleta HONDA BIZ, acima citada, pois o veículo SAVEIRO invadiu a preferencial na qual a vítima estava, batendo no seu veículo e fugiu do local sem lhe prestar socorro; que devido a queda veio a fraturar a perna esquerda, e que depois, foi socorrido pelo SAMU, o qual o conduziu para o Hospital Geral de Roraima. Este é o breve relato dos fatos.

**ASSINATURAS**

José Maria de Souza Moura  
Agente Carcerário  
Matrícula 42000193

Responsável pelo Atendimento

Cledson Lima Cavalcante  
(Comunicante / Vítima / Condutor)

"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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

019.689.822-64 Edelson Lima Evangelista

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Edelson Lima Evangelista Autônomo R. Lins, Bloco 61, 203

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Centro Satélite Boa Vista RR 69.317-518

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - Tel.: 99113-3865

## 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

## DADOS BANCÁRIOS

### BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

### REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 0061060

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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

Impressão 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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Bonfim - RR - 05 de Fevereiro*

*Edelson Lima Evangelista*

*William Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



ESTADO DE RORAIMA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
COMANDO OPERACIONAL  
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA  
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO:	S100-19	
Nº DE VÍTIMAS:	01	
OCORRÊNCIA:	T-04	
DATA:	03/11/19	

OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO	VTR	KMI	KMF
<input checked="" type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA		<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	VR 01-18	34730	34744
H/SÁIDA	H/NO LOCAL	SAIDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01	
19:46	-	20:09	-	20:52	

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADO:

ENDERECO: AV. IMIGRANTES N° S/N BAIRRO: ASA BRANCA  
CIDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA:

LOCAL DA OCORRÊNCIA:  RESIDÊNCIA  TRABALHO  VIA PÚBLICA  OUTRO: —

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: CLESON LIMA CAVALCANTE RG/CPF: 019.689.822-64  
D.N.: 2610619A IDADE: 25A SEXO:  Masculino  Feminino PNE:  Sim  Não  
ENDERECO: R. LEÃO - UMA LA - BLG 1 APT 203 N° S/N BAIRRO: C SATELITE  
CIDADE: BOA VISTA NACIONALIDADE:  Brasileiro  Estrangeiro: — TEL.: 91428738

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

Sim  Não Se sim, qual: —

Deseja informar sua orientação sexual?  Sim  Não  
Se sim, qual?  Heterossexual  Bissexual  homossexual  
 Outro: —

Deseja informar identidade de gênero?  Sim  Não  
Se sim, qual?  Homem transexual  Mulher transexual  
 Travesti  Outro: —

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.  
 O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima:

RG N° SSP/

Testemunha:

RG N° SSP/

Testemunha:

RG N° SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. Á voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. Á voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado. <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente. <input type="checkbox"/> 2. Agitação. <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros. <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira. <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (decorticação). <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	X Pontos

6. SINAIS VITais

PA: - FR: - FC: 98 SpO2: 93% Temperatura: -

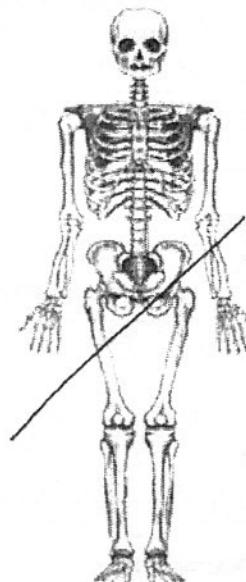
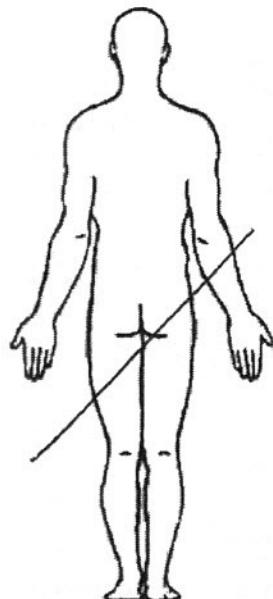
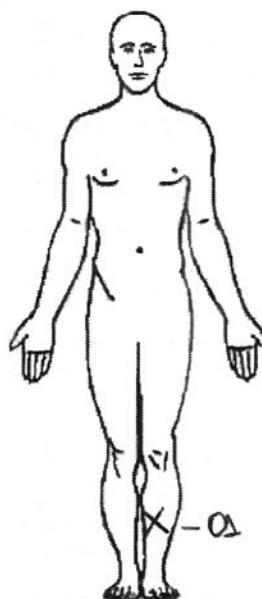
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA:  SIM  NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS:  SIM  NÃO QUAL (is):

APARENTEMENTE ALCOOLIZADO:  SIM  NÃO



**8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA** Óbito evidente PCR Vítima encarcerada Vítima ejetada Capotamento**9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:****Legenda:**

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

**10. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

VÍTIMA ENCONTRADA EM D.D.U, L.O.T.E, NEGA EPISÓDIO DE DESNHALO E VÔMITO, APRESENTA POSSÍVEL FRATURA CONFORME GRÁFICO, RETIROU O PRÓPRIO CAPACETE. REALIZADA IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO LESIONADO, COLOCADA DO COLAR CERVICAL, PRANCHAMENTO E REMOÇÃO PARA HOSPITAL. ENTREGUE CONSOLENTE.

**11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL**

<input type="checkbox"/> Carteira de identidade	<input type="checkbox"/> Cartão magnético _____ Und	<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> CNH	<input type="checkbox"/> Cheque _____ Fls	<input type="checkbox"/> Calçado	_____
<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ _____	<input type="checkbox"/> Óculos	_____
<input type="checkbox"/> Título de eleitor	<input type="checkbox"/> Jóias	<input type="checkbox"/> Relógio	_____

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**12. UNIDADE DE SAÚDE**

<input type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão	<input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio	<input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas
<input type="checkbox"/> P.A Airton Rocha	<input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infatil Nossa Senhora de Nazaré	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Pronto atendimento Cosme e Silva	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed	_____

**13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE** Estável Instável Crítico**14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
ST TAVARES	SD SEVALHO	SD R. SOUZA	SD SEVALHO

**15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Documento de identidade: \_\_\_\_\_

Registro de conselho (CRM, COREN): \_\_\_\_\_



L. Rep. de L. Pinheiro  
Clínica Geral  
CRM 227- RR

Em: 12/03/2010  
Ass.: STHELVO

Matrícula: 1333402

Setembro/2019

Dados do Cliente:

TRACELY LIMA CAVALCANTE

Endereço para entrega:

RUA LEAO, BLOCO - G-1 AP-203 UNILA - CID  
ADE SATELITE BOA VISTA RR 69017-518

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economas
001.031.080.0010.037	63	380	RESIDENCIAL
Hidrômetro			
NÃO MEDIDO			
LEITURA FAT.	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )
LEITURA INF.			10
DT. LEITURA			0

ULTIMOS CONSUMOS	
201908	10-0
201907	10-0
201906	10-0
201905	10-0
201904	10-0
201903	10-0
MEDIA	10

DESCRICAÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE AGUA

ESGOTO

80,0 % DO VALOR DE ÁGUA  
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 09/2019  
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019

CONSUMO TOTAL (R\$)

10 M3 23,83

19,06

4,77

0,86

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2005 U.M.					
PROCTER&GAMBLE	CLORO	TURBIDEZ	COR	C. TOTais	E.COLI
EXIGIDAS					
ANALISADAS					
CONFORMES					

VENIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

48,52

AVISO: EM 31/08/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZACAO DA VIDA E PREVENCAO AO  
SUICIDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1333402	09/2019	15/10/2019	48,52

82610000000- 7 48520004001- 5 00133340201- 2 0920199003- 1





CNPJ: 05.553.467/0001-18  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.010.426-3  
RUA MELVIN JONES, 718 - SÃO PEDRO - CEP. 69.308-410

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 280 9520

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:

RUA OC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP  
OS BOA VISTA RR 69317-633

Inscrição

001.033.011.0169.000

Rota

5

Seq.Rota

1189

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrômetro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

1

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

POTENCIAL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

LEITURA INF.

0

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTMIB	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

TOTAL A PAGAR

15/02/2020

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves França

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elidson Lima Lazzalante inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.829-64,

do sinistro de DPVAT cobertura Incvalidez da Vítima Elidson Lima Lazzalante,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.829-64, 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: CC 18</u>	Número:	<u>295</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Bura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>WFranceso992@gmail.com</u>			CEP: <u>69318085</u> Tel.(DDD): <u>9599113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista PR 05 Fevereiro de 2020

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elidson Lima Lazzalante inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.829-64,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elidson Lima Lazzalante,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 019.689.829-64, 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: CC 18</u>	Número:	<u>295</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Bura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>WlFranco992@gmail.com</u>			CEP: <u>69318085</u> Tel.(DDD): <u>9599113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista PR 05 Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

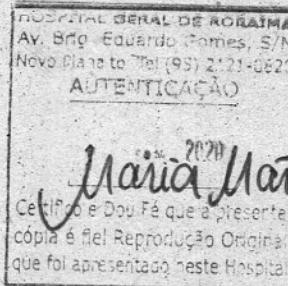


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta no registro de **CLEDSO LIMA CAVALCANTE, RG: 3886557 SSP/RR**, deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia **03/11/2019**, às **20 horas e 27 min**, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO** e recebendo os cuidados da equipe de plantão, conforme o Registro de Atendimento nº **1901182014**.

Boa Vista-RR 22 de Janeiro de 2020.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/nº Bairro Novo Planalto - Cep.: 69360-000  
mail: [hospogr@yaibest.com.br](mailto:hospogr@yaibest.com.br)



E

CLEDSO LIMA CAVALCANTE

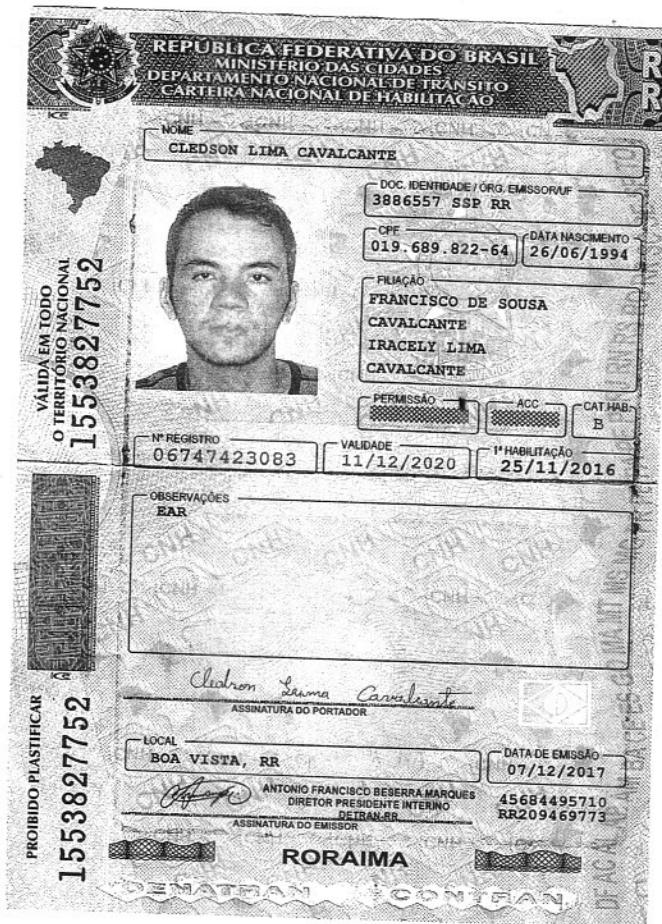
13242

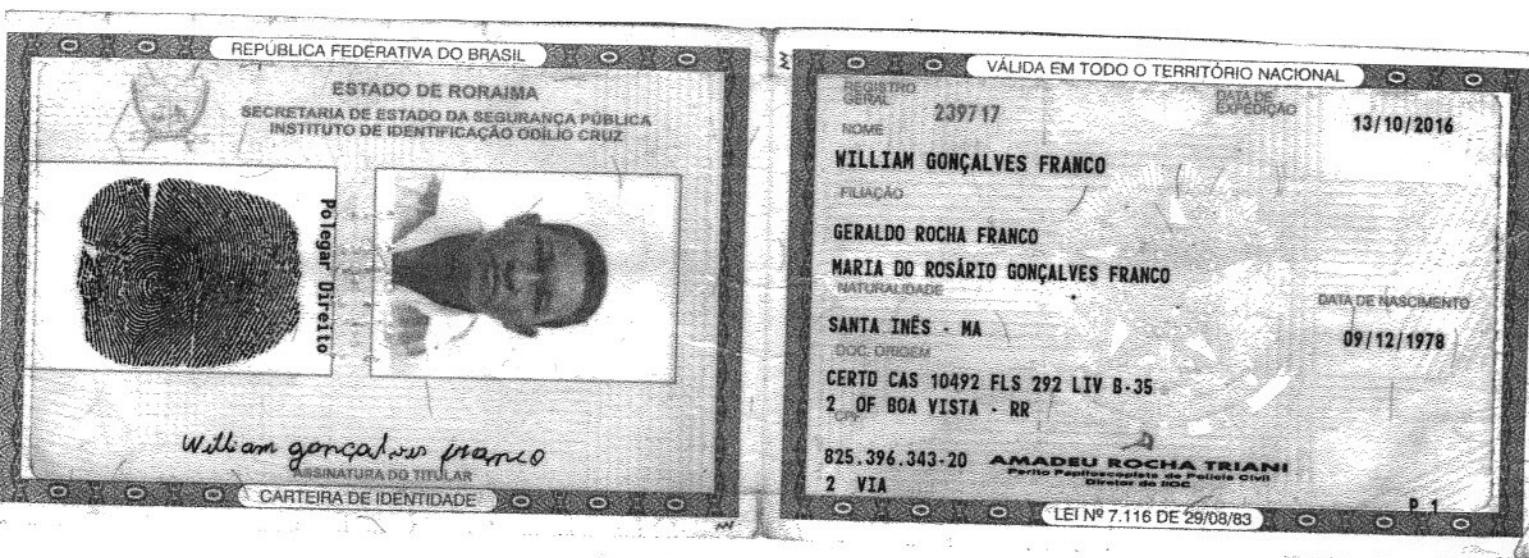
HOSPITAL CORONEL MOTA

18/11/2019

Marcos

61.7 %





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

DETTRAN-RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 COD. RENAVAM: 00141699485 RNTRC: EXERCÍCIO: 2018

NOME:  
MARIA ELIENE FURTADO

OP/OFICINA: 251.485.673-68

PLACA: NAZ3625

PLACA ANT/UE:

CHASSI:

9C2JC42209R058636

ESPECIE/TIPO:

PAS/MOTONETA/NAO APLTC.

COMBUSTIVEL:  
GASOLINA

MARCA/MODELO:

HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB:

2009

ANO MOD:

2009

CAP/POT/CIL:

2P/0124CC/

CATEGORIA:

PARTICU

COR PREDOMINANTE:

VERMELHA

COTA UNICA:

VENC. COTA UNICA:

VENC./COTAS:

1º

\*PAGO\*

\*PAGO\*

\*\*\*\*\*

2º

FAIXA IPVA:

PARCELAMENTO/COTAS:

\*\*\*\*\*

3º

A

\*\* PAGO COTA UNICA \*\*

\*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$):

IOF (R\$):

R\$0,7

PREMIO TOTAL (R\$):

R\$185,5

DATA DE PAGAMENTO:

01/06/2018

OBSERVACOES:

SEM RESERVA DE DOMINIO A PROTE SAIR DA A  
MAZ DCE

Antonio Francisco Beserra Marques  
Diretor Presidente

LOCAL: DETTRAN-RR

DATA:

BOA VISTA-RR

06/08/2018

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093564/20

**Vítima:** CLEDSO LIMA CAVALCANTE

**CPF:** 019.689.822-64

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/11/2019

**Titular do CPF:** CLEDSO LIMA CAVALCANTE

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### CLEDSO LIMA CAVALCANTE : 019.689.822-64

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](http://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: 16/03/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA