

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: 000 467-232-04 3 - CPF da vítima: 000 467-232-04 4 - Nome completo da vítima: Antonio Adacir Muxumi de Oliveira Junior

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

5 - Nome completo: Antonio Adacir Muxumi de Oliveira Junior 6 - CPF: 000.467.232-04
7 - Profissão: Servico Gerao 8 - Endereço: Rua CC 24 9 - Número: 72 10 - Complemento:
11 - Bairro: Louisa Moreira 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-115
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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00013794
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (val 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 - 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, Boa Vista RR 13 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033813/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/10/2019 11:00 Data/Hora Fim: 08/10/2019 11:19
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 020237 Data: 06/10/2019
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 06/10/2019 03:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. VILLE ROY

Bairro: Paraviana

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

571: DIREÇÃO PERIGOSA DE VEICULO EM VIA PÚBLICA (Art. 34 da LCP)

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MATEUS DAMASCENO SOARES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE), VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 11/07/1999

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Cleudivaní Damasceno

Nome do Pai: Antonio Francisco Soares

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: LEANDRO MARQUES FERREIRA (ENVOLVIDO , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 19

Profissão: Estudante

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4266900

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA TERESINA

Bairro: NOVA CIDADE

Nº: 383

Nome Civil: ANTONIO DE JESUS SOEIRO JUNIOR (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CAMPOS DOS PALMARES

Bairro: AEROPORTO

Nº: 335



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033813/2019-A01

Nome Civil: ANTONIO ADACIR MURUSI DE OLIVEIRA JUNIOR (ENVOLVIDO)

Sexo: Masculino

Idade 19

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 72

Logradouro: RUA CC24

Bairro: CONJUNTO CIDADAO

Nome Civil: WESLEY MACIEL DA SILVA (ENVOLVIDO)

Sexo: Masculino

Idade 19

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 951

Logradouro: RUA S 29

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nome Civil: ILOIR INACIO DE SOUZA (COMUNICANTE, PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PR - Catanduvas

Sexo: Masculino

Nasc: 07/04/1978

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Oniria Inacio de Oliveira

Nome do Pai: Jose Souza de Assunção

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.051.512-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1832

Logradouro: Rua Antonio Pinheiro Galvão

Bairro: Buritis

Telefone: (95) 98125-9538 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/NX-4 FALCON

Placa NDF1390

Número do Motor ND07E-4017350

Ano/Modelo Fabricação 2004/2004

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/NX-4 FALCON

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo NADA CONSTA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 900.981.612-53

Renavam 00840921039

Número do Chassi 9C2ND07004R017350

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/NX-4 FALCON

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 14/06/2013

Nome Envolvido

Mateus Damasceno Soares

Envolvimentos

Possuidor

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033813/2019-A01

Grupo Veículo

Descrição HONDA/NXR160 BROS ESDD

Placa NAU7915

Número do Motor KD08E1F425730

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 241.593.102-06

Renavam 01047833821

Número do Chassi 9C2KD0810FR425730

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 06/05/2015

Nome Envolvido

Leandro Marques Ferreira

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM:

"SENHOR DELEGADO,

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS PELA CIOPS PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL ACIMA CITADO, QUE AO CHEGAR NO LOCAL JÁ SE ENCONTRAVAM UMA VTR DA CIPA E DUAS VTRS DO SAMU PRESTANDO OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE O ITEM 4 JÁ SE ENCONTRAVA EM ÓBITO, QUE OS DEMAIS ENVOLVIDOS FORAM ENCAMINHADOS AO HGR (ITEM 1 E ITEM 3 EM ESTADO GRAVE), QUE SEGUNDO O ITEM 5 QUE PRESENCIOU O FATO, O ITEM 4 CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FALCON DE PLACA NDF1390 SEM CAPACETE NA AV VILLE ROY SENTIDO BAIRRO-CENTRO NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO QUANDO COLIDIU DE FRENTE COM O ITEM 1 QUE CONDUZIA A HONDA BROS PLACA NAU7915 QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO TAMBÉM SEM CAPACETE, QUE SEGUNDO POPULARES NO LOCAL ESTAVA OCORRENDO 2 RAXA E MANOBRAS PERIGOSAS, QUE A PERÍCIA ESTEVE NO LOCAL E REALIZOU SEU TRABALHO NA PESSOA DO PERITO CLEIDISON MELO BEM COMO O RABECÃO QUE FOI AO LOCAL REMOVER O CORPO DO ITEM 4, QUE AS MOTOCICLETAS FORAM LIBERADAS PARA OS PARENTES DOS ENVOLVIDOS. NÃO TENDO MAIS NADA A DECLARAR ERA O QUE TINHA A RELATAR."

ANEXO: 01(um) Celular Motorola com 01(uma) Capinha do Item 4.

O COMUNICANTE/PROCURADOR ILOIR COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA OS DADOS DA VÍTIMA FATAL MATEUS DAMASCENO SOARES, O QUE FOI FEITO ACIMA, ONDE A PROCURAÇÃO FOI OUTORGADA PELO PAI DA VÍTIMA SENHOR ANTONIO FRANCISCO SOARES 9CÓPIA ANEXA). QUE ESSE ADITAMENTO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

Responsável pelo Atendimento

Leandro Marques Ferreira

(Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(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."

Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 03/12/2019 08:17
Protocolo nº: Não disponível



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	37543		Atual: 23/07/2019
Anterior:	37276		Anterior: 21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 23/08/2019
Consumo Medido:	267		Emissão: 22/07/2019
Consumo Faturado:	267	FCAM	Apresentação: 23/07/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	1TEDB06955 M	14 1801	1.1.1.2	23,3

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,6402 = 204,14
MAI/19 212	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 148,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO 16:41:47

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 52,45	Base de Cálculo: 204,14
Energia: 111,22	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,70
Encargos: 5,77	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 34,70	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
6,55 13,00 1,13

DISTRITO 05/2019 69,55
ROT: 7.001.28.01.291200

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0070349-4	237,56
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2019	06/08/2019
Nº da Nota Fiscal:	003301566 FCAM

83620000002 1 37560075000 0 0000000070 3 34940719008 2



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 4087689

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002. FCAM*

DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	447	369,42
28/12/2019		

SAMMIA MARIA VERAS
R. CC 24 72 - LAURA MOREIRA
CEP: 69.318-115 - BOA VISTA
CPF: 00044643888253

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 38224	Atual: 22-11-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 37771	Anterior: 23-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 21-12-2019	Ligação: MORA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 21-11-2019	Número Medidor: 2704261
Consumo medido: 447	Apresentação: 22-11-2019	Forma de Faturamento: h0R000
Consumo Faturado: 447		Modalidade: N 1411923

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
ILUMINACAO PUBLICA	447 A R\$ 0,770011 =	344,19
		25,23



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/12/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 8.160,37 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
09/2019 220,21

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESO. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO - 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA O CHAMADO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO		F122.7578-8672-761D-A135-54B3-D42C-D56A	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 166,11	Encargos: 19,54	Base de Cálculo: 649,19	ICMS: 17,40%
Distribuição: 01,51	Tributos: 66,00		PIS: 0,33%
Transmissão: 0,00			COFINS: 1,80%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIO			PIC			DIO	DIO
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Apresentado	0,00			0,00			0,00	
Continua	DISTRITO			Período de entrega de:			09/2019	81,75

Continuidade: DISTRITO

ROT: 7 001.28.02.220200



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825396343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Adcir Muxessi de C. Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.467.232-04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Adcir Muxessi de C. Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.467.232 / 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 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: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Bom Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: _____	CEP: <u>69-318050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Bom Vista 13 de Janeiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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:

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: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 - 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:40:34

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:40:34

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:40:34

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:40:34

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:40:34

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:40:34

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 434468-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/03/2018

NOME ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR

FILIAÇÃO ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA
SANTIA MARIA VERAS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTID NASC 112251 FLS 241 LIV A-209
1 OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO 24/10/1999

050.467.232-04

28 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico do Estado do Rio Grande do Norte

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

P7

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

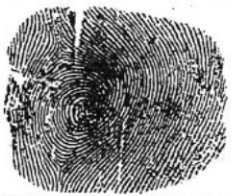
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:42:30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William gonçalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:42:30

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC ORIGEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Policial da Polícia Civil
Diretor do IIC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.1

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:42:30

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040038/20
elisangela.santana
21/07/2020 16:40:53
Data do acidente: 06/10/2019

Vítima: ANTONIO ADACIR MURUSSE DE OLIVEIRA

CPF: 050.467.232-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MURUSSE DE OLIVEIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ANTONIO ADACIR MURUSSE DE OLIVEIRA JUNIOR : 050.467.232-04

- 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: 29/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Antonio Adacir Murussi de Oliveira Junior
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Aux. de Porteira RG: 434468-5
CPF: 060.467.232-04 ENDEREÇO: Rua CC-24, nº 72
BAIRRO: Lauro Mouro CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.318-115

VÍTIMA: Antonio Adacir Murussi de Oliveira Junior
CPF: 060.467.232-04 DATA DO SINISTRO: 06/10/19
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA :

NOME: William Goncalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Oreiro
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 299 - Lauro Mouro

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista/RR, 03 de Dezembro de 2019.

Antonio Adacir Murussi de Oliveira Junior
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

