



**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: 5371748

**VALDENIZA OLIVEIRA DE SOUZA**

AV SEBASTIAO DINIZ , 1861 , 4

SAO VICENTE

69303475 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 169161	MÊS 06/2020	PERÍODO DE CONSUMO 14-MAY-20 a 15-JUN-20
CONSUMO (kWh) 170	VENCIMENTO 06-JUL-20	TOTAL A PAGAR R\$ 26,94

### 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  
169161

MÊS 06/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 26,94
----------------	----------------------------

836100000006.269400750007.000000000166.916106200055



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Número único da ASL:

3 - CPF da vítima:

024.887.692-90

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Oliveira de Souza

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Guilherme Oliveira de Souza

6 - Profissão: Autônomo

8 - Endereço: Al. Sebastião Piniz

7 - Bairro: Boa Vista

12 - Cidade: Das Votoras

9 - Estado: RJ

13 - CEP: 26.303-1475

10 - E-mail: liderbanister.spedencia@hotmail.com

14 - Telefone: (25) 99113-5392

11 - Nome completo do Representante Legal:

13 - 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:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.010,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, visando uma sóção)

CONTA CORRENTE (Bancos na mesma)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 5780

0 CONTA: 11.209 7

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me tiver direito, incorrigível e definitivo, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer total de 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 6.294/74), 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 invalides permanente, com base na documentação médica apresentada e apresentação do laudo do IML, concordando, dessa forma, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às novas automotivas, conforme o disposto na Lei 6.294/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Solteiro

Casado (se Civil)

Divorciado

Separado (não casado)

Viúvo

24 - Data da morte 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

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

34 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Não

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

Não

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

Vivos:

Falecidos:

Não

pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte équipes beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, evitando alegar, ainda, de que cada um deles ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração de artigo 269 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

10. 16 de junho 2020

Assinatura da testemunha

Guilherme Oliveira de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO: Nº 20019637601



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobal](http://www.prf.gov.br/novobal) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br). Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DPGO 1182, vincula 771829 - Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2020, no endereço oficial da Brasília, sob fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória MP 2.000-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 3.559, de 6 de outubro de 2005 e na alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa PR-DG, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.dpf.gov.br/novaautenticar>, informando o protocolo 20019637601 e o número de controle PR02DFR-17-A3053C71310CA-65F4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

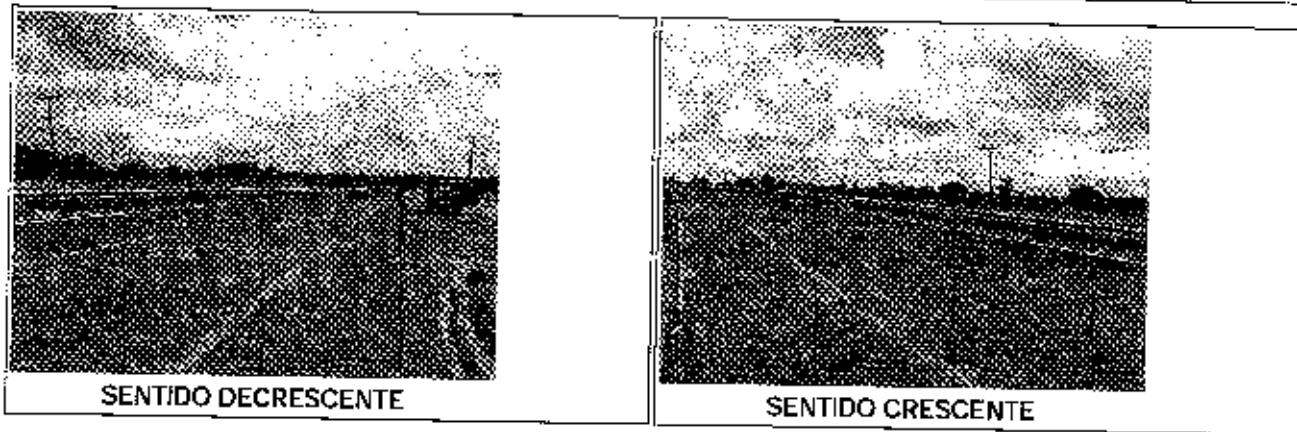
## INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 20/04/2020 Hora: 13:40 Município: BOA VISTA/RR  
BR: 174 KM: 501,0 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: DIEGO LUIZ. 1971889

## ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condicionamento da Pista: Seca
Estrutura Viária: Duplicada, Rota	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Nublado	Fase do dia: Pernoite

## IMAGENS PANORÂMICAS



## NARRATIVA

Em Boa Vista, Roraima, BR 174, Km 501, acidente rodoviário tipo colisão traseira, envolvendo o veículo automóvel placa NBA 8201, conduzido por Gustavo da Silva Santana, tendo como passageiro Luis Javier Arcova Idrogo, e o veículo motocicleta placa NAZ 5108, conduzida pelo senhor Guilherme Oliveira de Sousa. Após acionamento via C3R, equipe deslocou-se, e chegando ao local, visualizou os veículos parados em pista adjacente a direita, estando no local o condutor do automóvel, o passageiro do automóvel, tendo já o condutor da motocicleta socorrido ao HGR. Realizado teste de etilômetro no condutor do veículo, tendo como resultado 0,00. Realizados os procedimentos e concluído atendimento no local, equipe deslocou-se ao HGR pra verificar as condições do condutor da motocicleta, realizado teste de etilômetro 0,00, finalizando o atendimento. Automóvel enregue ao proprietário. Motocicleta entregue ao senhor Basílio Nascimento de Souza, CNH 01291850189. Realizados demais procedimentos administrativos cabíveis.



Documento assinado eletronicamente por: DIEGO LUIZ - protocolo 1971889 - Policial Rodoviário Federal, em 20/04/2020, com termo de posse oficial na Presidência, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória nº 2.200-2, de 21 de agosto de 2001, e no art. 6º do Decreto nº 8.529, de 8 de outubro de 2015 e na alínea n) do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 41-GC, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novobr/authenticar>, informando o protocolo 20019637B01 e o número de controle CB02DFB17-0-7A80B3C7218C4FEB74.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

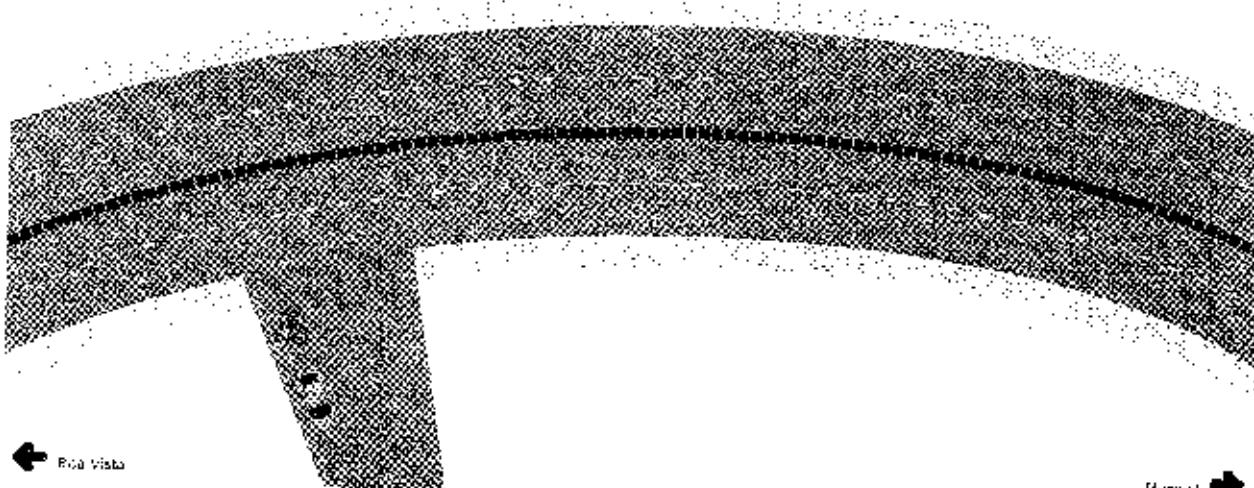


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

502.0

Lado de frente:



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

TIPO DE ACIDENTE	DETALHAMENTO
Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

DETALHAMENTO	DETALHAMENTO	DETALHAMENTO	DETALHAMENTO

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

TIPO DE APOIO	DETALHAMENTO	DETALHAMENTO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DIEGO LUIZ, matrícula "971889, Policial Rodoviário Federal", em 26/04/2022, conforme artigo 1º, alínea "b", do Decreto nº 2.202, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º, do Decreto nº 9.535, de 6 de outubro de 2015 e na alínea "b" do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa nº 4-CO, de 13 de novembro de 2015.  
A validade deste documento pode ser conferida no site <http://www.policiarodoviaria.federal.gov.br>, informando o protocolo 20019637B01 e o número da consulta: F-320F3D1FF-FAFB30C7-11CAFB0F4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

**IMAGENS COMPLEMENTARES**



**V1 - VEÍCULO 1 - NBA8201 - AUTOMÓVEL**

**V1 - Informações**

Placa: NBA8201 Marca/modelo: GM/CHVROLET AGILE LTZ

Renavam: 00420799672

Ano fabricação: 2011 Chassi: 8AGCN48X0BR283016

Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Prata

Manobra no momento do acidente: Saindo da via

**V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por CEGO\_002, matrícula 1571809, Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2020, conforme horário oficial no Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, e o art. 6º da Portaria nº 6399, de 9 de outubro de 2015 e na alínea "b" do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 15 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.oit.gov.br/certidao/evalida/autenticacao>. Informando o protocolo 20019637B01 e o número de certidão E30201901FF7AB693CC7318C4F68F4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / I/CHFVROLET AGILE LTZ

Placa: NBA8201

Nº BOAT: 20019637B01

Nome do Agente: DIEGO LUIZ

Matrícula do Agente: 1971889

Data: 20/04/2020

Item	Descrição do Componente	Estado	Identificação do Componente	Valor
1	Painel corta-fogo	X		
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais	X		
6	Air Bags Laterais	X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda	X		
11	Assoalho central esquerdo	X		
12	Longarina traseira esquerda	X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba	X		
14	Longarina traseira direita	X		
15	Caixa de roda traseira direita	X		
16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		
20	Assoalho central direito	X		
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita	X		

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por D.RGC LUIZ, matrícula 1971889 - Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2020, conforme horário oficial da Flávia, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória nº 2.730-2, de 26 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.539, de 4 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 7º da Instrução Normativa nº 61-GG, de 13 de novembro de 2017.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novobaleverifica>, informando o protocolo 20019637B01 e o número de consulta: 45020789137460830C73827C6B74.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / ICHEVROLET AGILE LTZ

Placa: NBA8201

Nº BOAT: 2001963/B01

Nome do Agente: DIEGO LUIZ

Matrícula do Agente: 1971889

Data: 20/04/2020

Item	Localização	Síntese	Detalhe	Identificação do agente	Nome	Nº
1	Painel corta-fogo		X			

- 1 Painel corta-fogo X
- 2 Longarina dianteira esquerda X
- 3 Caixa de roda dianteira esquerda X
- 4 Estrutura da soleira esquerda X
- 5 Air Bags Frontais X
- 6 Air Bags laterais X
- 7 Estrutura da coluna dianteira esquerda X
- 8 Estrutura da coluna central esquerda X
- 9 Estrutura da coluna traseira esquerda X
- 10 Caixa de roda traseira esquerda X
- 11 Assoalho central esquerdo X
- 12 Longarina traseira esquerda X
- 13 Assoalho portamalas ou caçamba X
- 14 Longarina traseira direita X
- 15 Caixa de roda traseira direita X
- 16 Estrutura da coluna traseira direita X
- 17 Estrutura da soleira direita X
- 18 Estrutura da coluna central direita X
- 19 Estrutura da coluna dianteira direita X
- 20 Assoalho central direito X
- 21 Caixa de roda dianteira direita X
- 22 Longarina dianteira direita X

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por DIEGO LUIZ, matrícula 1971889, Policial Rodoviário Federal, em 20/04/2020, com o valor de R\$ 0,00, no local: Rua das Flores, nº 100, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20040-000, no horário de 10:20:20, no dia 20/04/2020, no art. 2º da Lei nº 8.935, de 20 de dezembro de 1994, e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Lei nº 8.078, de 13 de novembro de 2013.  
A autenticidade desse documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/verifica/autentica>, informando o protocolo: 20019637B01 e o número da constatação: B902JH8D1CF7A00B3CC7218C4F58E4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01



V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DIFCO 11.12 - matrícula 197-889 - Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 do Decreto Presidencial nº 2.700/20, de 24 de agosto de 2001, no art. 1º do Decreto nº 3.639, de 6 de outubro de 2015 e no artigo 6º do art. 1º da Instrução Normativa nº 47-PRG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/tratoseverdade.html>, informando o protocolo 2001963731 e o número de controle 53229180187AP0B90C73HCA58H4.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

**V1 - Proprietário**

Nome: GUSTAVO DA SILVA SANTANA  
Email:  
Endereço: BOA VISTA-RR

CPF/CNPJ: 024.013.972-05  
Telefone: 991654039

**V1C - CONDUTOR DE V1 - GUSTAVO DA SILVA SANTANA**

**V1C - Informações**

Nome: GUSTAVO DA SILVA SANTANA  
CPF: 024.013.972-05  
Estado físico: Neso  
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 07/11/1994  
Sexo: Masculino  
Morreu após acidente: Não

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AB	Primeira habilitação: 28/04/2016	Nº Registro: 06608766673
UF: RR	Vencimento da habilitação: 20/10/2020	Motorista profissional: Não
Observações CNH: 99		

**V1C - Alterações da Capacidade Motoria**

Era possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: R JURACE P, 156, CASA, JC CLUBE, BOA VISTA-RR  
Telefone:

Email:

**V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por: DIFCO L:II7 - protocolo 19637B01 - Policia Rodoviaria Federal - em 29/04/2020. Ficou em vigor oficialmente no dia 01/01/2016, com fundamento no § 2º do art. 1º do Decreto Provisório nº 2.201/2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.339, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61/DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20019637B01 e o número de controle 2542DF8D1F7760B80C07319C4F5B74.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 200119637B01

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - LUIS JAVIER ARCOVA IDROGO

V1P1 - Informações

Nome: LUIS JAVIER ARCOVA IDROGO

CPF: 708.251.272-46

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 01/04/2000

Sexo: Masculino

Morreu após remoção: Não

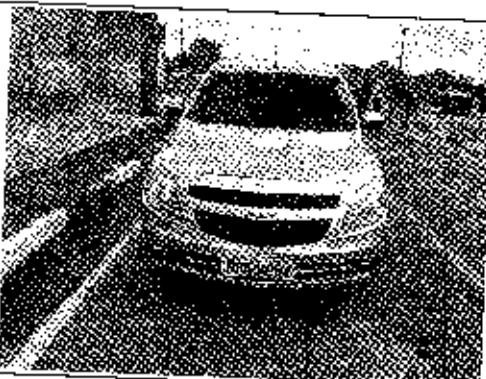
V1P1 - Dados do Contato

Endereço: CENTRO CÍVICO, SN, CENTRO, BOA VISTA-RR

Telefone:

Email:

V1P1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



V2 - VEÍCULO 2 - NAZ5108 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: NAZ5108 Marca/modelo: HONDA/CG150 FAN ESDF

Ano fabricação: 2014 Chassi: 9C2KC1680FR515357

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Saindo da via

Renavam: 01023622979

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Vermelha



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente com NIECC 1012, matrícula 1921689, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2023, contendo o horário inicial de Brasília, 2009,videnciamos no art. 2º do Decreto Presidencial nº 2.200/2, de 24 de agosto de 2021, no art. 4º do Decreto nº 8.524, de 9 de outubro de 2011; e na alínea c do inciso vi do art. 2º da Lei Orgânica da União (Lei nº 4.320/64), de 13 de novembro de 2011.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.mtsp.gov.br/verificaautenticidade>, informando o protocolo 200119637B01 e o número da curva de Censo 00010000000000000000000000000000.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente em POCO - RJ, matrícula 1971885, Policial Rodoviário Federal, nº 2504400, conforme horário oficial de 8 as 16h, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.305/01, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto nº 539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61 DG, de 13 de novembro de 2014.  
A autenticidade deste documento pode ser comprovada no site <http://www.sigrv.dnit.gov.br/validaautenticidade>, informando o protocolo 20019637B01 e o número da consulta E802G-8D1CF7AF0B3CC/515CAFA8F74.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG150 FAN FSDI

Placa: NAZ5108

Nº BOAT: 20019637B01

Nome do Agente: DIEGO LUIZ

Matrícula do Agente: 1971889

Data: 20/04/2020

- |  |   |
|--|---|
| 1 Garfo dianteiro                      | X |
| 2 Mesa superior da suspensão dianteira | X |
| 3 Mesa Inferior da suspensão dianteira | X |
| 4 Coluna de direção                    | X |
| 5 Chassi                               | X |
| 6 Garfo traseiro                       | X |
| 7 Eixo traseiro (triciclos)            | X |

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias

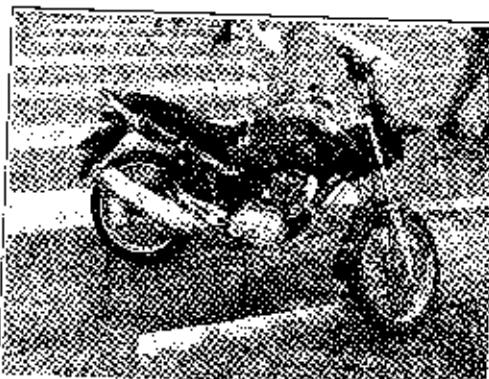


IMAGEM DA LATERAL DIREITA

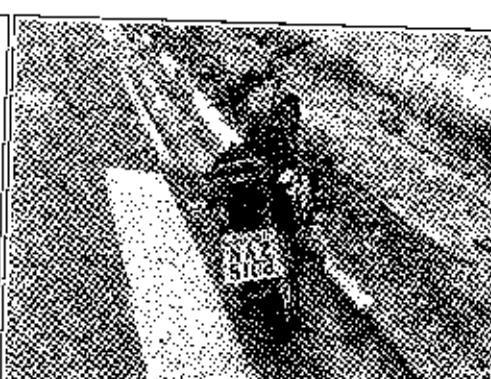


IMAGEM DA TRASEIRA

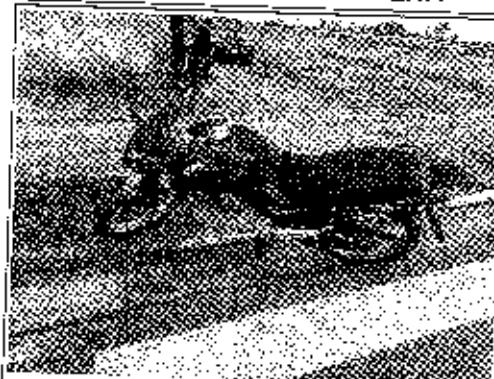


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

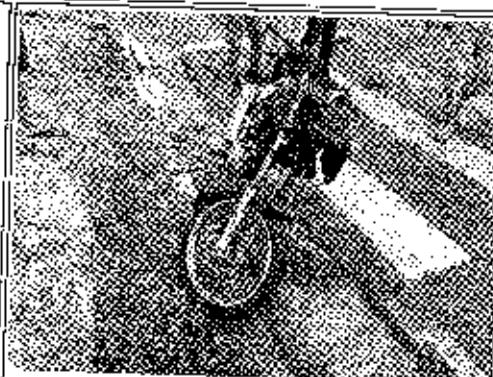


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por: DIEGO LUIZ, matrícula 1971889 - Policial Rodoviário Federal, em 20/04/2020, no endereço horário: cidade de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.250-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto Nº 5.036, de 6 de maio de 2005 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DI, de 13 de novembro de 2005.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabfla/autenticar>, informando o protocolo 20019637B01 e o número de controle EB020-801277480830071904F5B-4.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20019637801

**V2 - Proprietário**

Nome: GERZIVAN ALVES UCHOA  
Email:  
Endereço: BOA VISTA-RR

CPF/CNPJ: 525.112.602-63  
Telefone:

**V2C - CONDUTOR DE V2 - GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA**

**V2C - Informações**

Nome: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA  
CPF: 024.887.692-90  
Estado físico: Lesões Graves  
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 26/10/1995  
Sexo: Masculino  
Morreu após remoção: Não

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:  
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não  
Observações CNH:

**V2C - Alterações da Capacidade Motoria**

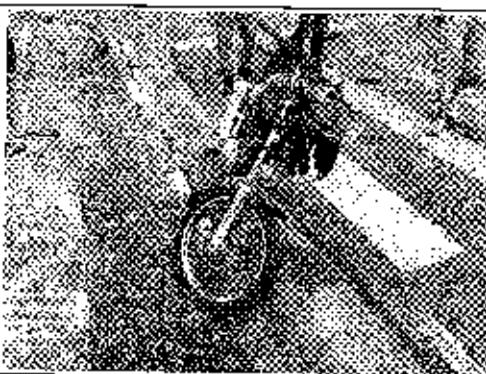
Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l  
Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: PARIMA, 53, SAO VICENTE, BOA VISTA-RR  
Telefone:

Email:

**V2C - IMAGENS COMPLEMENTARES**



Documento assinado eletronicamente por D-PRO-LUPZ, matrícula 1971887, Policia Rodoviária Federal, em 25/04/2020, conforme Decreto Oficial de Brasília, com fundamento no § 2º da Lei nº 10 de Medidas Provisórias nº 2.280/2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.459, de 5 de outubro de 2015 e no artigo 6º do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 51-DG, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ctifl.gov.br/verifica/autenticar>, informando o protocolo 20019637801 e o número de controle: 5202DF8D1CF7A90-3FC07318CA7C9F4.

191

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

---

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200215492**

**Vítima: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 20/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

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 - Número único da ASL:

3 - CPF da vítima:

024.887.692-90

4 - Nome completo da vítima:

Guilherme Oliveira de Souza

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Guilherme Oliveira de Souza

6 - Profissão: Autônomo

7 - Endereço: Al. Sebastião Piniz

8 - Bairro: Boa Vista

9 - Cidade: Brasília

10 - Estado: DF

11 - CEP: 69.303-1475

12 - Telefone: (61) 99113-5392

13 - Email: liderbanister.southern@hotmail.com

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

14 - Nome completo do Representante Legal:

15 - CPF do Representante Legal:

16 - 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:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.010,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, visando uma sóção)

CONTA CORRENTE (Bancos na mesma)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 5780

CONTA: 11.209

7

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me tiver direito, incorrigendo o débito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer total de valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IME - 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 6.294/74), 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 invalides permanente, com base na documentação médica apresentada e à apresentação do laudo do IML, concorrendo, dessa forma, em meu submetter à análise médica presencial, caso necessário, às novas automotivas, conforme o disposto na Lei 6.294/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Solteiro

Casado (se Civil)

Divorciado

Separado (não casado)

Viúvo

24 - Data da morte 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

Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

Não

Não

Vivos:  Falecidos:

Nã

Nã

Não

Vivos:  Falecidos:

Nã

pais/avós vivos?

Não

Nã

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte équipes beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, evitando alegar, ainda, de que cada um deles possui ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

Brasília - 02.06.2020

Guilherme Oliveira de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V02/2019

NÃO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS

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

---

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200215492**

**Vítima: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 20/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA**

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





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

---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200069238**

**Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 31/05/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), LAURA FERREIRA DOS SANTOS**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200069238**

**Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 31/05/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200069238**

**Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 31/05/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCIA SANTOS DE JESUS**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200069238**

**Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 31/05/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## **PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:**

NOME: Guilherme Oliveira de Souza  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: aluno RG: 3206754 CPF: 024.687.692-90  
ENDERECO: Av. Sebastião Dantas 1861 bairro Vila União  
VITIMA: Guilherme Oliveira de Souza  
CPF: 024.687.692-90 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA:  DAMIS  INVALIDEZ  MORTE

**OUTORGADA:**

NOME: DENILZE CORREA DANTAS  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
PROFISSÃO: EMPRESÁRIA RG: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00  
ENDERECO: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

**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 16 de junho 2020.

X Guilherme Oliveira de Souza  
Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167067/20

**Vítima:** GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

**CPF:** 024.887.692-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/04/2020

**Titular do CPF:** GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

### GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA : 024.887.692-90

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: 16/06/2020  
Nome: GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA  
CPF: 024.887.692-90

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

MANOEL COELHO NETO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200215492      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA      **Data do acidente:** 20/04/2020      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/06/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CERVICAL COM LESÃO DA TRAQUÉIA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO DEFINIDO - EM TRATAMENTO. PÁG 1/2

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO INÍCIO CRUZ

Voto por Direito



Guilherme Oliveira de Souza

Nome fantasia

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

320625-4

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

16/10/2019

NOME

GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

PAÍS

VALDENIZA OLIVEIRA DE SOUZA

MATRIZ/CLASSE

BOA VISTA - RR

DOC. 083374

DATA DE NASCIMENTO

26/10/1995

CERTD-NASC 91900 FLS 140 LIV A 141

BOA VISTA-RR

024.887.692-90

AMADEU RODRIGUES TRAMONT

2<sup>a</sup> VIA

LEI Nº 7.716 DE 29/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

DENILZE CORRÊA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/RIF  
3142655 SSP RR

CPF

792.657.152-00

DATA NASCIMENTO

08/03/1979

FRAÇÃO

JOSE DE SOUZA CORRÊA

EVANGELINA LOBATO DA  
SILVA

PERMISSÃO

ACC.

CATRÁ

B

Nº REGISTRO

64953412311

VALIDADE

25/08/2019

EMBRIEGAÇÃO

31/05/2010

VÁLIDA EM TUTU  
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

Denilze Corrêa Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

25/08/2014

59564648026  
RR207683212

Detran-Roraima  
Dirfem - Preto  
DETRAN/RR

DO EMISSOR

DETTRAN/RR (RORAIMA)

2001237193 20/04/2020 14:11:06

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-12

18

Paciente

GUILHERME OLIVEIRA DE SOUZA

Data Nascimento

26/10/1995

Idade

24 A 5 M 25 D

CNS

703105892039880

CPF

02488769290

Prenatal

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

BOA VISTA - RR

Contato

(95) 99175-6955

Ocupação

IDENTIDADE

3206254

SSP-RR

13/07/2004

M

SOLTEIRO(A)

PARDA

Paiz

NI

Mãe

VALDENIZA OLIVEIRA DE SOUZA

Endereço

RUA - PARIMA - 53 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ANTONIA SOARES

Quelxa Principal

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Poly. vítima de acidente automobilístico  
colisão envolvendo carro, traseiro pelo SAMU em que ficou  
estacionado, se punha de imediato  
e brios. A: viajou de ônibus para casa, colas curas.  
B: palpação de curas; Montante doloroso.

Hipótese Diagnóstica

1- Fratura de braço + TC de cura. 2- TC de cura. 3- Sangue. 4- Urina. 5- ECG. 6- Outros.

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1- Rx de braço + TC de cura. 2- TC de cura. 3- Sangue. 4- Urina. 5- ECG. 6- Outros.

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para:

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

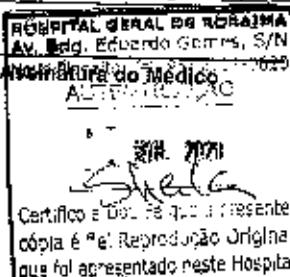
Óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não

Destino:  Família

IME Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável



2001237193

16:00h → CIRURGIA DE CABEÇA & PESCOÇO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TRASLADO  
POLO SAMU COM COLAR CERVICAL + PRATICA RIGIDA.

APRESENTANDO A TC DO PESCOÇO SEM CONTRASTO,  
POSSIVEL LESÃO DA VIA AEREO-DIGESTIVA.

PCTO ASSINTOMATICO, SEM DISFAGIA, SNPISMA  
OU OBSTACULO LARINGEO.

QD: - SOLICITO TC DO PESCOÇO COM DUPLO  
CONTRASTO.

Dr. Fernando André Martins Ferreira  
Cirurgião Oncológico da  
Cabeça e Pescoço  
CRM-RR 1643 / RQE: 820

21/04/20 - 08:00h

Reavaliação: Clínicamente bem, sem queixa cervical.  
Regras de emergência.

Assepsie: Estéril, empório em 00.

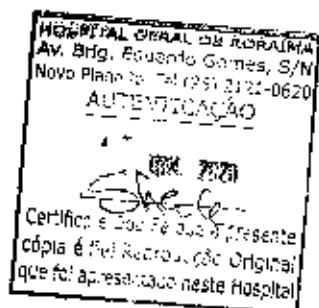
Cervical: sem dor, estridor ou enjome SC.

Realizou TC antem, sem contraste oral - Sem possibilidade de fazer o exame devido o período.

QD: | Reavaliação de CCP.

| - Diáfrago 2g (X).

Dr. Luis Fernando Jungen  
Cirurgia Geral  
RQE: 759 / CRM-RR 1583



**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: 5260706

**JOSE HORACIO DO NASCIMENTO**

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1020749	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
634	11-JUN-20	R\$ 534,56

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

reporte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

**CÓDIGO ÚNICO**

1020749

**MÊS**

05/2020

**TOTAL A PAGAR**

R\$ 534,56

836800000058.346600750003.000000001024.074905200056



# 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 Olvidoria: 0800 021 81 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 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>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

*Denilze Corrêa Pantas*

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 492.657.152.00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.887.692.90

do sinistro de DRVAT cobertura

*Invalidez*

de Vítima

*Guilherme Oliveira de Souza*

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.887.692.90

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:	<i>Ave. General Caiado Teive</i>	Número:	<i>2748</i>	Complemento:	<i>02</i>
Bairro:	<i>Brasília</i>	Cidade:	<i>Baixa Vista</i>	Estado:	<i>DF</i>
E-mail:	<i>Judulocavista.vendencia@hotmail.com</i>			CEP:	<i>69.309.000</i>

Tel. (DDD): *(61) 99117-5292*

Local e Data: *Baixa Vista - DF 16 de junho 2020*

*Denilze Corrêa Pantas*

Assinatura do Declarante