

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/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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Slair Snácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Brunno Almeida do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 892.829.492 / 49
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Brunno Almeida do Nascimento
inscrito (a) no CPF sob o Nº 892.829.492 / 49 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: Antônio P. Calvão</u>	Número: <u>4832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bea Vista</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ELIOTRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.369-209</u>	Tel.(DDD): <u>195198404-5368</u>

Local e Data: Bea Vista - RR, 14/05/2020


Assinatura do Declarante

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 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
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 208/13

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 537	Atual: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 548	Anterior: 21/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 25/04/2020	Ligação: RIFAETCA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 24/03/2020	Número Medidor: T081910534
Consumo medido: 389	Apresentação: 25/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 389		Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
389 A R\$ 0,764425 =		297,36
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)		0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)		3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)		6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		1,08
MULTA POR ATRASO (3X)		10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		3,74
ILUMINACAO PUBLICA		42,12



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16/11/16 20:25

Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		674C.73E7.03C1.B94F.F49C.9AB8.5234.CB98	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	150,88	Base de Cálculo:	297,36
Distribuição:	70,43	ICMS:	17,20%
Transmissão:	0,00	PIS:	0,30%
		COPINS:	1,79%
		ENCARGOS:	5,34
		ENCARGOS:	9,10
		ENCARGOS:	9,10
		ENCARGOS:	9,10

INDICADORES DE CONTINUIDADE		DIO		DIO		DIO		DIO	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite		9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado		0,00			0,00			0,00	
Conjunta									

Período de apuração:	01/2020	ELSD:	74,44
----------------------	---------	-------	-------

ROT: 5.001.12.04.021730	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0109029-1	365,12
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	03/2020	11/04/2020

Nº da Nota Fiscal:	4872055	FCM*
--------------------	---------	------

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA		
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR		
CNPJ: 02.341.470/0001-44		
Insc. Estadual: 24.007.022-3		

SEQ.: 0000	UC: 0109029-1	DT. LEIT.: 25/03/2020	T. ENTR.: 00
LEITURA:	937	NORMAL	TOTAL: 365,12
		VENC.: 11/04/2020	IRREG.: 000
			COLETOR: 40

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4		
---	--	--

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0109029-1	365,12
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
03/2020	11/04/2020

Nº da Nota Fiscal:	4872055	FCM*
--------------------	---------	------

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA		
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR		
CNPJ: 02.341.470/0001-44		
Insc. Estadual: 24.007.022-3		

SEQ.: 0000	UC: 0109029-1	DT. LEIT.: 25/03/2020	T. ENTR.: 00
LEITURA:	937	NORMAL	TOTAL: 365,12
		VENC.: 11/04/2020	IRREG.: 000
			COLETOR: 40

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4		
---	--	--

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

NOME: ILDIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG (BRASILEIRAS): 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PRACÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: 2,3

ACC: 2,3

CAT. HAB: 2,3

Nº REGISTRO: 01101912304

VALIDADE: 26/01/2020

1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616

RR207968020

ADMINISTRATIVO DE RORAIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141486/20

Vítima: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

CPF: 892.829.492-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO : 892.829.492-49

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: 18/05/2020
Nome: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO
CPF: 892.829.492-49

BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
Departamento de Polícia Judiciária do Interior – DPJI
Delegacia de Polícia Civil de Bonfim
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 160 Registrado no (a) segunda-feira, 16 de março de 2020 às 13:22

Senhor Delegado,

DADOS DA COMUNICANTE / VÍTIMA

Nome: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

RG: 157.054 SSP/RR

CPF: 892.829.492-49

Endereço: RUA DO COMERCIO Nº 337 BAIRRO CIDADE NOVA/BONFIM-RR

Nacionalidade: BRASILEIRA

Natural: BOA VISTA

UF: RR

Sexo: MAS

Data de Nascimento: 23/11/1985

Idade: 35 anos

Grau de Instrução: ENSINO S. COMPLETO

Estado Civil: CASADO (A)

Tel / cel.: 98122-1011

Profissão: PRODUTOR RURAL

N. da Mãe: VALDECIR GOMES DE ALMEIDA DO NASCIMENTO

N. da Pai: ANTONIO BARROSO DO NASCIMENTO.

Senhor Delegado,

Venho à presença de Vossa Senhoria, para **INFORMAR QUE** no dia 16/10/2018, por volta das 23:47hs no (a) av Ville Roy, bairro São Vicente, município de Boa Vista ocorreu o seguinte fato.

SENHOR DELEGADO, CHEGA AO CONHECIMENTO DESTA DELEGACIA ATRAVÉZ DO ROP nº 809757 SÉRIE 1, QUE A PESSOA ACIMA JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA COMO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NO LOCAL A DATA ACIMA JÁ MENCIONADA, QUE O VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO TRATA-SE DE UMA MOTOCICLETA MARCA HONDA MODELO CBR-1000 DE COR VERMELHA PLACA NUL-1066, CHASSI JH2SC59088M001666), ANO 2008/2008 SOBRE A DINÂMICA DOS FATOS QUE O CONDUTOR CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA NA AV. VILE ROY SENTIDO CENTRO/BAIRRO QUANDO NO CRUZAMENTO OU PROXIMO A AV. TERÊNCIO LIMA ENVOLVEU-SE EM UMA COLISÃO COM UM VEÍCULO DESCONHECIDO, VEÍCULO ESTE QUE SE EVADIU DO LOCAL SEGUINDO SENTIDO INGNORADO. NÃO SE SABE QUAL A VIA E SENTIDO DA DIREÇÃO QUE O REFERIDO VEÍCULO TRAFEGAVA, COMO TAMBÉM NÃO FOI POSSIVEL A IDENTIFICAÇÃO DO MESMO. RESSALTO AINDA QUE NA REFERIDA AVENIDA EXISTE CAMERAS DE SEGURANÇA QUE POSSIVELMENTE TENHAM REGISTRADO O MOMENTO DO OCORRIDO.

INFORMO AINDA QUE COM A COLISÃO O VEÍCULO(MOTOCICLETA) SOFREU DANOS NA PORÇÃO ANTERIOR ESQUERDA INCLUINDO FAROL E PARTE DA CARENAGEM, QUE O CONDUTOR FOI REMOVIDO AO (HRG) POR UM VEÍCULO PARTICULAR, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NA ALTURA DO JOELHO ESQUERDO PERDA DA SEGUNDA FALANGE DISTAL DA MÃO ESQUERDA FRATURA DA FALANGE DO TERCEIRO DEDO TAMBÉM DA MÃO ESQUERDA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR SOBRE O FATO PARA FINS DE REQUERES SEGURO (DPVAT). DIANTE DOS FATOS REGISTRA NESTA DATA E NESTA DELEGACIA POIS RESIDE NESTE MUNICIPIO.

Fica ciente o (a) comunicante / vítima a comparecer nesta Unidade Policial no dia _____ às _____



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BONFIM

Av. Roraima, nº 004, Centro - Bonfim - RR

Telefone: (065) 3552-1219 (gabinete) / (065) 35221235 (cartorio)

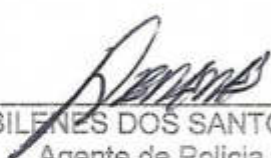


ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL

Departamento de Polícia Judiciária do Interior -- DPJI

Delegacia de Polícia Civil de Bonfim

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"


ABILENES DOS SANTOS SILVA
Agente de Polícia Civil


BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO
COMUNICANTE



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BONFIM

Av. Roraima, nº 004, Centro- Bonfim - RR

Telefone: (095) 3552-1219 (gabinete) / (095) 3522-1238 (centro)



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809757

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
Ciptur01	CIPTUR	16/10/2018	LESTE	23:47	23:48	23:59	02:20
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001/1003	13023/13999	XXXXXX	36700	36715			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua/Av: VILLE ROY Nº S/N Bairro: SÃO VICENTE Ref: COMAM

PESSOAS RELACIONADAS NÃO APRESENTADAS

1 ENVOLVIDO Nome: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO Idade: N/I E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: TV PS-2 Nº 95 Bairro: CENTENÁRIO
RG: 157054-SSP/RR CNH: 04091267003 Profissão: POLICIAL MILITAR
CPF: 892.829.492-49 Telefone: _____
2 Nome: _____ Idade: -- E. Civil: _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
RG: _____ CNH: _____ Profissão: _____
CPF: _____ Telefone: _____

VEICULOS ENVOLVIDOS NÃO APRESENTADOS

VEICULO V1 - HONDA/CBR 1000 RR NA COR VERMELHA E PLACA NUL-1068. (DANO APARENTE: PORÇÃO ANTERIOR ESQUERDA INCLUINDO FAROL E PARTE DA CARENAGEM)

RECEBI OS CONDUZINDOS: SEM CONDUZIDOS.

ASSINATURA  CARGO APC LOCAL 1º DP**HISTÓRICO**

SENHOR(a) DELEGADO(a),

Informo que fomos acionados pela CIOPS para atender a uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço supracitado, no local, foi informado por populares que V1 trafegava na **Avenida ville Roy sentido centro>bairro** conduzido pelo envolvido já relacionado no item 01 deste ROP, quando no cruzamento ou próximo a Avenida **Terêncio Lima**, envolveu-se em colisão com um **veículo desconhecido**, veículo este que evadiu-se do local seguindo destino ignorado. Não se sabe qual a **Via e sentido de direção** que o referido veículo trafegava, como também não foi possível a identificação do mesmo. Ressalto que, na referida avenida, existe câmeras de segurança que possivelmente tenham **registrado o momento do ocorrido**.

Informo ainda que, com a colisão, V1 sofreu os danos conforme descrito acima. O condutor de V1 foi removido para o PSE por um veículo particular **apresentando escoriações na altura do joelho esquerdo, perda da segunda falange distal da mão esquerda, fratura da falange do terceiro dedo também da mão esquerda**. "Informações do médico plantonista"

Ainda no local, V1 foi entregue ao senhor **RILDO LEANDRO DE MELO CESAR** DE CPF: **852.369.692-04** (amigo do envolvido), não foram realizados qualquer procedimento administrativo, nem teste de etilômetro.

Na ocasião foi confeccionado este relatório para fins de registro e conhecimento.
Era o que tinha a informar.

ANTONIO R. VICENTE DA SILVA

40.721-6

2º SGT PM

CIPTUR

Antonio

NOME

Matrícula

Posto/Grad

Und

Assinatura

POLICIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 01/11/19
SGT PM Vilson

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200181221

Vítima: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200181221

Vítima: BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

892.829.492-49 Bruno Almeida Nascimento

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 - CER:

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 - CPT 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)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brant

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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.

Solcito 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, as custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Entendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica decorrente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (ainda não nasceu)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a mim, nesta 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

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, 14/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC. 001/2002/5015



77.0 %

, BRUNO ALMEIDA

17/10/2018 00:23:37



83.3 %

17/10/2018 00:23:37



193.8 %

, BRUNO ALVES

17/10/2018 01:47:36

122.4 %

17/10/2018 01:47:36



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801023291	17/10/2018 00:26:07	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		3
Paciente BRUNNO ALMEIDA DO NASCIMENTO		Data Nascimento 23/11/1985	Idade 32 A 10 M 24 D	CNS 704804521523943	CPF ^{UT} 89282949249	Prontuário		
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 157054	Órgão Emissor SSP	Data Emissão M	Estado Civil SOLTEIRO(A/PARDA	Raça/Cór. BRASILEIRA	Nacionalidade BRASILEIRA		
Mãe VALDECI GOMES DO NASCIMENTO	Pai NC	Contato (95) 99122-7162						
Endereço TRAVESSA - PS-2 - 95 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR				Ocupação MILITAR				

Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: ESSEN		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 15
------------------------	---------------------------------------	--------------------

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **10:27** h)
 Paciente vítima de colisão moto x moto apresentando trauma em duos (E) com evidência de perda de balanço e de tecido superficial (pele).
 Sem outras alterações importantes ao exame físico.

Hipótese Diagnóstica
Distúrbio + perda de balanças

SADT - Exames Complementares
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. tramadol 50mg (10) 02 cp agora		Certifico que a cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital
2. tilatil 20mg (10) agora.		

CONDIÇÃO
 Paciente com trauma de colisão moto x moto apresentando trauma em duos (E) com evidência de perda de balanço e de tecido superficial (pele).
 Sem outras alterações importantes ao exame físico.

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **ato pedia.**
Lucas Duarte
Médico
CRM-RR 1787
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: **11/10/2018 10:27**

óbito
 Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **11/10/2018 10:27**

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
Impresso por: essen Data Hora: 17/10/2018 00:27:13	Dr. Lucas A. Lopez Aguiar CRM-RR 566





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Brunno Almeida do Nascimento
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Policial Militar
IDENTIDADE:	157.054
ENDEREÇO:	Rua. Do comércio 337 Cidade Nova

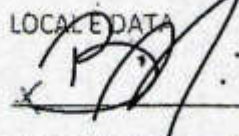
OUTORGADO

NOME:	Glória Lima de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1332, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16 / 10 / 2018, cobertura: Incapacidade, vítima: Brunno Almeida do Nascimento.

Bom dia - RR, 14/05/2020

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 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
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 208/13

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 537 Anterior: 548 Dias de consumo: 33 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 389 Consumo Faturado: 389	Atual: 25/03/2020 Anterior: 21/02/2020 Próxima leitura: 25/04/2020 Emissão: 24/03/2020 Apresentação: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: RIFASTA Número Medidor: T081910534 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
389 A R\$ 0,764425 = 297,36	
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)	0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)	3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)	6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)	1,08
MULTA POR ATRASO (3X)	10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)	3,74
ILUMINACAO PUBLICA	42,12



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16:11:16 26/25
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
674C.73E7.03C1.B94F.F49C.9AB8.5234.CB98					
Energia:	150,88	Encargos:	9,10	Base de Cálculo:	297,36
Distribuição:	70,43	Tributos:	17,03	ICMS:	17,20%
Transmissão:	0,00			PIS:	0,30%
				COPINS:	1,79%

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	DIC	FIC	DMC
	Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal Mensal
Limite	9,24 18,49 36,99	8,46 16,92 33,84	4,99
Realizado	0,00	0,00	0,00
Conjunto	FLORESTA		
	Período de apuração: 01/2020		ELSD: 74,44

ROT: 5.001.12.04.021730	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
RORAIMA ENERGIA	0109029-1	365,12
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	03/2020	11/04/2020
	Nº da Nota Fiscal: 4872055	FCM*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0300 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 001
VENC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 46

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

NOME: ILDIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG (BRASILEIRAS): 114807 SSP RR

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

PRACÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: 2,3

ACC: 2,3

CAT. HAB: 2,3

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 26/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR: [Assinatura]

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616 RR207968020

ADMINISTRATIVO DE RORAIMA