

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100590/20

Vítima: LEIDIANE DA SILVA BARROS

CPF: 032.855.572-06

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: LEIDIANE DA SILVA BARROS

CPF de: Próprio

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

LEIDIANE DA SILVA BARROS : 032.855.572-06

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: 23/03/2020
Nome: LEIDIANE DA SILVA BARROS
CPF: 032.855.572-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

LEIDIANE DA SILVA BARROS

MANOEL COELHO NETO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

1 - Número da apólice: **32001127411**

3 - CPF da vítima:

032.855.572-06

4 - Nome completo da vítima:

Luciane da Silva Barros

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

5 - Nome completo:

Luciane da Silva Barros

6 - CPF:

032.855.572-06

7 - Profissão:

do lar

8 - Endereço:

Rua Nivaldo Branc. Gutierrez

9 - Número:

955

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Pindamonia

12 - Cidade:

Itaú

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-740

15 - E-mail:

lucianecosta.pindencia@netmail.com

16 - Tel. (DDD):

(95) 99117-5392

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:

Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

70598

5

(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.

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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 discordo 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 Lider 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

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:

Itaú - RR 13 de julho 2020

Luciane da Silva Barros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEIDIANE DA SILVA BARROS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000070598-5

Nr. da Autenticação 80BE0765E58D4EFC

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127411

Vítima: LEIDIANE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEIDIANE DA SILVA BARROS

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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127411

Vítima: LEIDIANE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LEIDIANE DA SILVA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127411

Vítima: LEIDIANE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LEIDIANE DA SILVA BARROS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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 ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **032.855.572-06** Nome completo da vítima: **Leidiane da Silva Barros**

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

1 - Nome completo: **Leidiane da Silva Barros** 6 - CPF: **032.855.572-06**

7 - País de origem: **do Brasil** 8 - Endereço: **Rua Uidiana** 9 - Número: **486** 10 - Complemento: **Casa**

11 - Bairro: **Nova Canaã** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.314-412**

15 - E-mail: **lidianebarros.pendencia@hotmail.com** 16 - Telefone: **(95) 99117-6392**

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, sob a dor dos fatos 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 menores acima. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **3906** CONTA: **17184** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Relato o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não 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 nº 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (várias)? ☐ 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 sugere, caso devesse, 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

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

35 - 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 Março 2020**

Leidiane da Silva Barros

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034085/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2020 12:53 Data/Hora Fim: 30/01/2020 12:53
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 042771 Data: 26/08/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 26/08/2018 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Pintolândia
Logradouro: Avenida José Cassimiro da Silva
Complemento: Frente ao número: 50

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MANOEL RODRIGUES TAVARES (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 16/02/1968	Idade: 51 anos
Naturalidade: PE - Ouricuri	Profissão: Agricultor	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Analla Rodrigues da Silva		Nome do Pai: Onofre Pereira Tavares	

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3439590

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Maia
Complemento: casa
Bairro: Pintolândia
Telefone: (95) 99114-8801 (Celular)

Nº: 1681

Nome Civil: RONALDO NASCIMENTO SILVA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 37 anos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 187.322
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 645.410.702-79

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: José Cassimiro da Silva
Bairro: Santa Luzia

Nº: 806

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: **032.855.572-06**
 Nome completo da vítima: **Leidiane da Silva Barros**

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

1 - Nome completo: **Leidiane da Silva Barros**
 6 - CPF: **032.855.572-06**

7 - País de origem: **do Brasil**
 8 - Endereço: **Rua Uidiana**
 9 - Número: **486**
 10 - Complemento: **caso**

11 - Bairro: **Nova Canaã**
 12 - Cidade: **Boa Vista**
 13 - Estado: **RR**
 14 - CEP: **69.314-412**

15 - E-mail: **liderbarista.pendencia@hotmail.com**
 16 - Telefone: **(95) 99117-6392**

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, sob a dor dos fatos 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 menores de idade. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: **3906**
 (Informar o dígito se existir)
 CONTA: **17184**
 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:
 AGÊNCIA:
 CONTA:
 (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.

Declaro o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não 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 nº 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 resultado.

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:
 30 - Vítima deixou nascituro (vairasões)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder sugere, caso devesse, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, 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 13 de Março 2020**

Leidiane da Silva Barros

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.
 Av. Capão Eng. Garpez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.870/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Contador de Energia Elétrica - Pólo 9-1
 Região Especial de Imprensa autorizada pela SAREZ 358/13

Para contato com
 a Roraima Energia,
 informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0032345-4

Nº da Nota Fiscal 4438535

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002. FCM

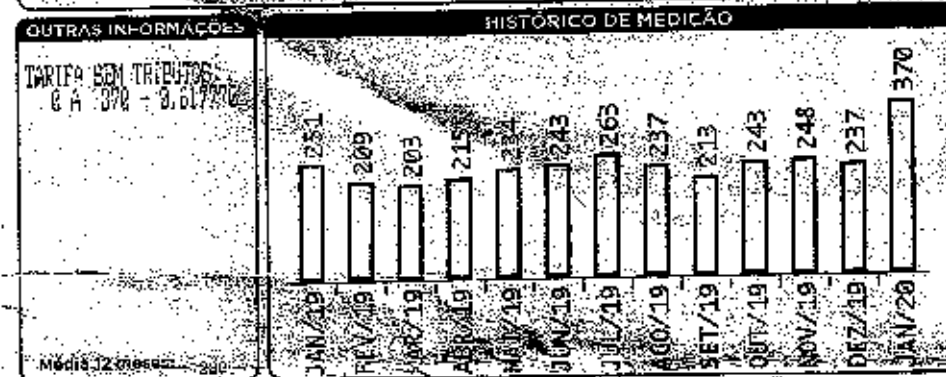
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JAN/20	01/01/2020	370	281,37

EDMILSON BARROS CARVALHO
 R. MIDIA 436 - NOVA CANAÃ
 CEP: 69.314-412 - BOA VISTA

CPF: 00032924410215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24187	Atual: 28/01/2020	Grupo/Subgrupo: 111.1.1.1
Anterior: 23737	Anterior: 01/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 25/02/2020	Uso: MORO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/01/2020	Número Medidor: 12726594
Consumo medido: 278	Apresentação: 28/01/2020	Forma de Pagamento: NORMAL
Consumo Padrão: 878		Modalidade: N 1485573

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	370 A R\$ 0,760481 = 281,37
CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE 1 12/19-00	0,75
MULTA POR ATRASO 12/19-00	3,62
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00	0,06
ILUMINACAO PUBLICA	25,08



**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: 4675277

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 02/2020	PERÍODO DE CONSUMO 24-JAN-20 a 21-FEB-20
CONSUMO (kWh) 795	VENCIMENTO 16-MAR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 669,97

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 1020749	MÊS 02/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 669,97
-------------------------	----------------	-----------------------------

836900000065.699700750002.000000001024.074902200059



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 11

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/6181/OTECAWEB/DOCORIGINALASPX?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 de 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 REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVA. 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

Denilze Correia Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leidiane da Silva Barros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.855.572 - 06

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Leidiane da Silva Barros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.855.572 / 06

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Refuso 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. Setou diante de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Av General Ataíde Teive

Número: 2418

Complemento: 02

Cidade: Liberdade

Estado: BA

CEP: 69.309-000

E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com

Tel (DDD): (95) 99117-5392

Local e Data: Boa Vista - RR 13 de Março 2020

Denilze Correia Santos

Assinatura do Declarante

TRABALHADOR

Este é o Cartão de Trabalho - CTPS, instituído pela Lei nº 2.424, de 15.12.1966 e regulamentado pelo Decreto nº 15.711, de 15.12.1966, que aprova o Regulamento do Cartão de Trabalho - CTPS, e tem por finalidade a identificação do trabalhador e a comprovação de sua situação profissional.

Este documento contém todos os dados do trabalhador, tais como: nome, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, etc., e serve para a comprovação dos seus direitos trabalhistas, como: férias, 13º salário, seguro desemprego, etc., e também para a emissão de qualificação profissional.

O Cartão de Trabalho contém, ainda, o registro do trabalhador no Conselho Profissional de sua profissão, o que garante a validade de sua qualificação profissional.

Este documento é de uso exclusivo do trabalhador e deve ser guardado com cuidado. Em caso de perda, deve ser comunicado imediatamente ao órgão emissor.

Cartão de Trabalho - CTPS - Nº 3753120-0050-RR

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTÃO DE TRABALHO E QUALIFICAÇÃO

153.54788.14-7

3753120

0050

RR

Leidiane da Silva Barros



QUALIFICAÇÃO CIVIL - TRABALHADOR



LEIDIANE DA SILVA BARROS

PLACAR: 153.54788.14-7

ENDEREÇO: RUA EMILIO DE SOUZA, 153

CIDADE: LORETO, RJ

PROFISSÃO: COZINHEIRA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

DOCUMENTO: Nº 07478814-7

LEI Nº 2.424, DE 15.12.1966

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

ALFABETIZAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME	LEIDIANE DA SILVA BARROS
ENDEREÇO	RUA EMILIO DE SOUZA, 153
CIDADE	LORETO, RJ
PROFISSÃO	COZINHEIRA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
NACIONALIDADE	BRASILEIRA
DOCUMENTO	Nº 07478814-7
LEI Nº 2.424, DE 15.12.1966	
INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

PROBANDO PLASTIFICAR

905314502

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

NOME
DENILZE CORREA GARCAS



RG 3142655 SSP RJ

CPF 752.857.152-00

DATA DE NASCIMENTO 08/03/1978

ENDEREÇO JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PROBANDO PLASTIFICAR

PROBANDO PLASTIFICAR

PROBANDO PLASTIFICAR

REGISTRO 149534120-1

VALIDADE 20/05/2014

NUMERO 3170572810

RESERVADO

Denilze Correa Garcas

RG 3142655 SSP RJ

CPF 752.857.152-00

DATA DE NASCIMENTO 08/03/1978

ENDEREÇO JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA SILVA

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - Nº do seguro ou ASI:

3200127411

3 - CPF da vítima:

032.855.572 - 06

4 - Nome completo da vítima:

Luciane da Silva Barros

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

5 - Nome completo:

Luciane da Silva Barros

6 - CPF:

032.855.572 - 06

7 - Profissão:

de bar

8 - Endereço:

Rua Nivaldo Bone Antunes

9 - Número:

955

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Pindamonia

12 - Cidade:

Bar Vitor

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316 - 740

15 - E-mail:

lucianecosta.pindamonia@hoperail.com

16 - ID (DDP):

(95) 99117 5392

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:

☒ RECEBO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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 acima. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

☐

AGÊNCIA:

4263

☐

CONTA:

70598

☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 quem 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a) Civil

☐ Desquitado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velhas)?

☐ 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 ocorra, 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bar Vitor - RR 15 de Abril 2020

Luciane da Silva Barros

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127411 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEIDIANE DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO E ULNA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-COTOVELO // FIXADOR EXTERNO-TÍBIA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE COTOVELO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X - POUCA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.
PÁG. 4_EVOLUÇÃO MÉDICA / PÁG. 9/12_CIRURGIA / PÁG. 13_EXAME DE IMAGEM.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127411 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEIDIANE DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO E ULNA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-COTOVELO // FIXADOR EXTERNO-TÍBIA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE COTOVELO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X - POUCA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.
PÁG. 4_EVOLUÇÃO MÉDICA / PÁG. 9/12_CIRURGIA / PÁG. 13_EXAME DE IMAGEM.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Melidiane da Silva Barros
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: De Irmã RG: 4078128 CPF: 032.855.522-06
ENDEREÇO: R. Laura Pinheiro Maia, 1681 - São Helio Campos.

VITIMA: Melidiane da Silva Barros
CPF: 032.855.522-06 DATA DO ACIDENTE: 26 / 08 / 2018
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: 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 Lider, 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.



Bom Vista, 24 de julho de 2019.

x Melidiane da Silva Barros
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

Nome Civil: IRIANE DE SOUSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Estado Civil: União Estável

Idade: 33 anos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 310102-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: José Cassimiro da Silva

Bairro: Pintofândia

Nº: 806

Nome Civil: LEIDIANE DA SILVA BARROS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Estado Civil: União Estável

Idade: 25 anos

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Laura Pinheiro Maia

Bairro: Pintofândia

Nº: 1681

Nome Civil: AELYCA OLIVEIRA TAVARES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Empresário

Nasc: 26/09/1995

Idade: 24 anos

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Selma da Silva Tavares

Nome do Pai: Manoel Rodrigues Tavares

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 383769-6

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.359.872-05

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV GLAYCON DE PAIVA

Bairro: MECEJANA

Nº: 1412

Telefone: (95) 99147-1857 (Celular)

Nome Civil: FRANCIMAR RODRIGUES DE AMORIM (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Naturalidade: MA - Lago Verde

Profissão: Funcionário Público

Nasc: 20/09/1980

Idade: 39 anos

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Marlene Veras Rodrigues de Amorim

Nome do Pai: Antonio Alves de Amorim

Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 662.336.742-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CESAR NOGUEIRA JUNIOR

Bairro: Pintofândia

Nº: 280



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

Telefone: (95) 99111-0508 (Celular)

Razão Social: PM (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 816.858.302-04

Renavam 00194502937

Número do Chassi 951BJKJG18B000722

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo TRAXX/JH125 L

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 19/07/2010

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAK9391

Número do Motor JL156FMI-208T000701

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo TRAXX/JH125 L

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -
ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Manoel Rodrigues Tavares

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado (a),
Informo que fomos acionados pelo CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no local e horário acima onde a guarnição ao chegar verificou a seguinte situação: QUE no local encontramos duas vítimas caídas ao solo sendo a Sra. **Leidiane** (Grávida de 25 Semanas) passageira da motocicleta e o Sr. **Manoel** (esposo de Leidiane) condutor da motocicleta. QUE o Sr. **Manoel** conduzia seu veículo uma motocicleta TRAXX/JH125 L de cor vermelha na Rua Margarida Caland Paiva sentido Píntolândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma **FORD/COURIER 1.6 L** de cor verde na Rua José Cassimiro da Silva sentido Bairro/Centro quando em dado momento o veículo **COURIER** colidiu na parte lateral da motocicleta arremessando o veículo e as vítimas a uma distância aproximada de 15 metros do ponto de impacto, QUE após a colisão o Sr. **Ronaldo** (em visível estado de embriaguez alcoólica segundo populares no local) fugiu do local sem prestar socorro as vítimas, que desceu do carro mais a frente após passar por cima de uma das rodas da moto pegou o para-choque da **COURIER** e colocou dentro da carrocera e seguiu em direção a sua casa possivelmente, QUE de imediato a guarnição acionou o **SAMU** para prestar atendimento as vítimas, QUE havia uma aglomeração de pessoas no local o uma testemunha se apresentou para a guarnição o Sr. **Francimar** onde nos informou que seguiu o condutor da **COURIER** e sabe informar o local exato onde o mesmo teria escondido o carro, QUE nesse momento passou um veículo taxi lotação e a população começou a gritar dizendo que o condutor Sr. **Ronaldo** estaria dentro do lotação em fuga, QUE de imediato fizemos o acompanhamento e abordagem ao taxi lotação, QUE o taxi lotação era conduzido pela Sra. **Iriane** (Esposa do Sr. **Ronaldo**) onde perguntado a mesma sobre a situação ela disse para a guarnição que hoje era o aniversário de seu filho e que seu esposo estaria ingerindo bebida alcoólica em comemoração ao aniversário e que teria saído para ir numa farmácia quando houve o atropelamento, **Iriane** confirma que seu esposo chegou bastante assustado e saiu de casa logo em seguida tomando rumo ignorado sem dar mais explicações, QUE do local da abordagem ao taxi lotação **Iriane** nos levou até sua casa e não encontramos mas o Sr. **Ronaldo** no local nem tampouco o veículo, QUE no local compareceu o Sr. **Oderlan Souza (OAB-1845/RR)** se identificando como sendo o advogado do Sr. **Ronaldo** e teria feito contato com o mesmo via telefone e informou para a guarnição que o seu cliente iria se entregar na delegacia ainda hoje, QUE após realizados os trabalhos periciais de praxe a motocicleta foi entregue para a filha do condutor a Sra. **Aelyca**, QUE as vítimas foram atendidas pela **VTR-SAMU Bravo-03** e pela **VTR-CBM VTR-02**, já os trabalhos periciais foram realizados pelo Perito Sr. **Cleudson**, QUE do acidente o Sr. **Manoel** sofreu fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros inferiores, a Sra. **Leidiane** sofreu um corte na cabeça, escoriações nos membros inferiores e uma fratura na perna esquerda, já o Bebê (feto) não temos informações pois a vítima está no centro cirúrgico, QUE após coletados dados deslocamos até esta especializada para registro da ocorrência.

Auto de infração Nº SE00118484

Auto de infração Nº SE00118483

Auto de infração Nº SE00118482

Delegado de Polícia Civil, Fernando Edson Olegário Gomes

Impressão por: Rosana Jucara Vilaca Moreira

Data de Impressão: 30/01/2020 12:53

Protocolo nº: 034095/2018-A03



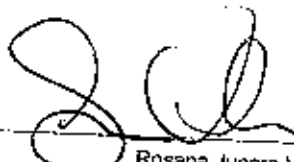
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 034095/2018-A03

Que na data de hoje, 30/01/2020, compareceu nesta Delegacia de Acidente de Trânsito Manoel Rodrigues Tavares, vítima do acidente aqui relatado, solicitar aditamento deste registro; Que a motocicleta que este conduzia seria uma TRAXX/JH125 L, PLACA NAK9391, CHASSI 951BJKJG18B000722, de propriedade de Mariza Soares Coelho; Que sua esposa estava com seis meses de gravidez na data do acidente tendo que se submeter a uma cesariana de urgência onde sua filha nasceu, tendo que ficar internada durante três meses na maternidade; Que a vítima fraturou o pé, próximo ao calcanhar e teve lesões diversas; Que sua esposa Leidiane da Silva Barros fraturou a perna; Que ambos foram socorridos pelo SAMU e encaminhados ao grande trauma do HGR; Que este registro é para fins do Seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42009370
Responsável pelo Atendimento




Manoel Rodrigues Tavares
(Vítima / Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (eu) (a) responsável (s) pelo(s) acidente(s) aqui relatado(s) e que sou (a) responsável (s) civil e criminalmente pelo presente acidente que daí originou, no termo previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Código de Processo Penal Brasileiro.