

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100590/20

**Vítima:** LEIDIANE DA SILVA BARROS

**CPF:** 032.855.572-06

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/08/2018

**Titular do CPF:** LEIDIANE DA SILVA BARROS

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA 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

### 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](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: 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(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

32001127411

3 - CPF da vítima: 032.855.572-06

4 - Nome completo da vítima: *Juliane da Silva Barros*

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: *Juliane da Silva Barros*

6 - CPF: 032.855.572-06

7 - Profissão: *do lar*8 - Endereço: *Rua Mervaldo Lins. Gómez*

9 - Número: 955

10 - Complemento: *Barro*11 - Bairro: *Pindanólio*12 - Cidade: *Bra. Vista*13 - Estado: *RF*14 - CEP: *69.316-740*15 - E-mail: *lidiubarroso.pendencia@hotmail.com*16 - Tel (DDD): *(45) 94117-5392*

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: CONTA: 

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, sou 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 autuomotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data, *Bra. Vista - RF, 13 de julho 2020**Juliane da Silva Barros*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FIM DA DOCUMENTAÇÃO

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

# 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: 00000070598-5

---

Nr. da Autenticação 80BE0765E58D4EFC

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, 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

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, 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.

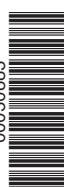
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



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, 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.

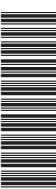
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 034095/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início de 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: Pitolândia  
Logradouro: Avenida: José Cassimiro da Silva  
Complemento: Frente ao número: 50

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1096: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: MANOEL RODRIGUES TAVARES (COMUNICANTE , VITIMA )

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 Mão: Analia 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 Nº: 1681  
Complemento: case  
Bairro: Pitolândia  
Telefone: (95) 99114-8801 (Celular)

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: 645.410.702-78

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: José Cassimiro da Silva Nº: 806  
Bairro: Santa Luzia





Para contato com  
a Roraima Energia  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0002345-4

4438535

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscri. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - PÁGINA 1  
Regime Especial de Imprensa autorizado pela SAREZ 358/19

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 28 de junho de 2002. FCAM+

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
			CPF: 00032924410215

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

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 24187 Anterior: 20737 Dias de consumo: 63 Constante de Multiplicação: 1.388 Consumo medido: 370 Consumo Padrão: 370	Abat: 28/01/2020 Anterior: 18/12/2019 Próxima Leitura: 25/02/2020 Emissão: 17/01/2020 Apresentação: 28/01/2020	Grupo/Subgrupo: 101.101 Classe/Subclasse: 2001000101 Uteg/Box: M000 Número Medidor: C2726594 Forma de Faturamento: NC3V1 Modificação: R-1425573

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	370 A R\$ 0,760431 =
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

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAÇÃO												
TARIFA SEM TRIBUTOS 6 A 399 - 0,607200		231	269	203	215	231	243	263	237	213	243	248	237	370
DATA	MES	JAN/19	FEB/19	MAR/19	ABR/19	MAY/19	JUN/19	JUL/19	AGO/19	SET/19	OCT/19	NOV/19	DEZ/19	JAN/20
Média 32 meses		230	269	203	215	231	243	263	237	213	243	248	237	370



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

836900000065.699700750002.000000001024.074902200059



# 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: 4020-1595 / 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 022 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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além de respectiva documentação comprobatória.

A reusa 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 reusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E REGULAÇÃO 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

*Renilze Corrêa Farias*

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152-100

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

*Invalidiz*

da Vítima

*Leidiane da Silva Barros*

inscrita (a) no CPF sob o Nº 032.855.572-106

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuse informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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: Av General Ataíde Teixeira

Número: 2778

Complemento: 02

Bairro: Liberdade

Estado:

Estado: PR

CEP: 69.309-000

E-mail:

lidorboavista.pendencia@hotmail.com

DDD: (95) 99117-5392

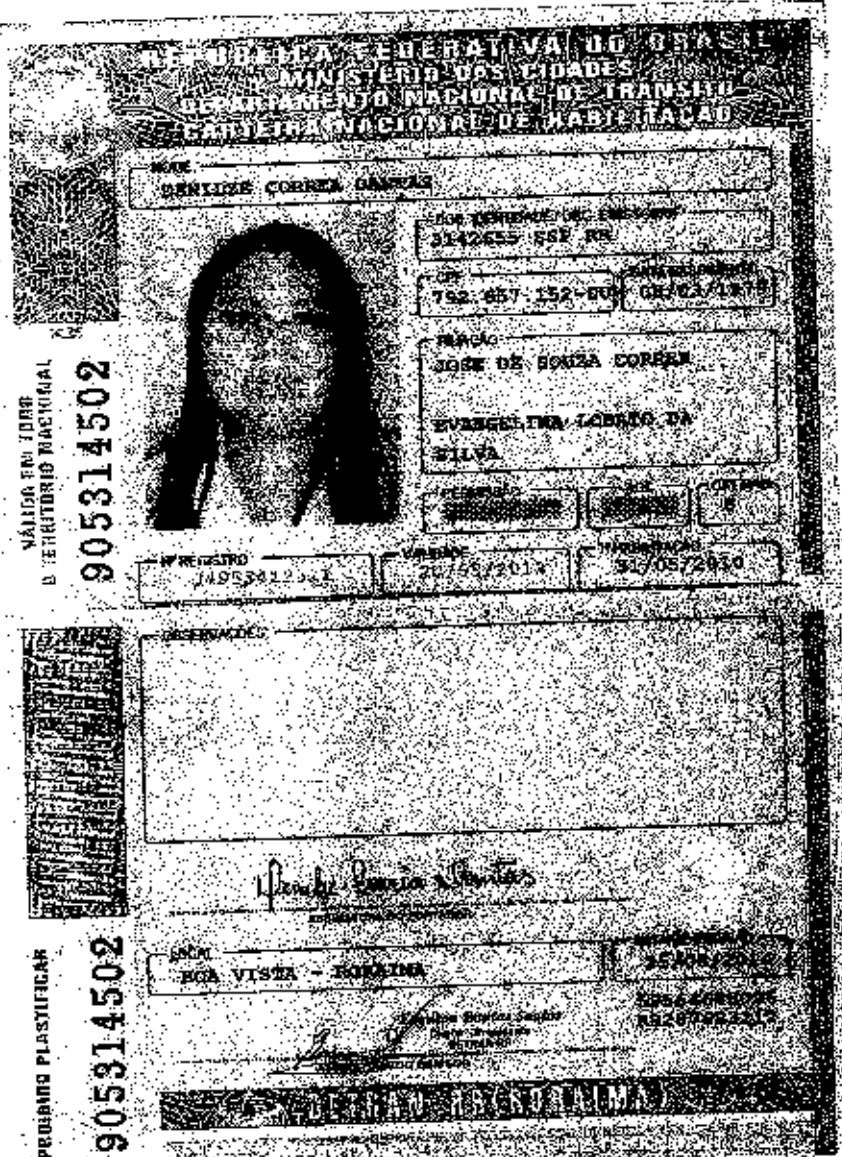
Local e Data:

Boca Vista-PR 13 de Março 2020

*Renilze Corrêa Farias*

Assinatura do Declarante





Escolha(s) opção(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do beneficiário (45)

3 - CPF da vítima:

032.855.572-06

Nome completo da vítima:

Lidianor da Silva Barros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Lidianor da Silva Barros

6 - CPF:

032.855.572-06

7 - Profissão:

do lar

Endereço:

rua Quirino Gonçalves

12 - Cidade:

Belo Horizonte

13 - Estado:

RJ

9 - Número:

953

10 - Complemento:

Bairro

11 - Bairro:

Pindanólio

11 - CEP:

69.316-740

12 - Email:

lidianor.silva.barros@uol.com.br

14 - Tel. (DDD):

195199117-5392

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:

 REUSO 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 DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Solicite para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4263

CONTA: 70598

5

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUÉNCIA 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 ao 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 Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver.

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

23 - Estado civil da Vítima:

 Solteiro Casado (não civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compatrieto(s):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou compatrieto(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos:

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

 Sim

rasento (velhacor)?

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Não Não

Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data:

Belo Horizonte - RJ 15 de Abril 2020  
Lidianor da Silva Barros

41 - 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO E URNA 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
<b>Total</b>		<b>23,75 %</b>	<b>R\$ 3.206,25</b>	

# 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO E URNA 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
<b>Total</b>		<b>23,75 %</b>	<b>R\$ 3.206,25</b>	

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Freidiane da Silva Barros  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: sóteira  
PROFISSÃO: De Líder RG: 4078128 CPF: 032.855.522-06  
ENDERECO: R: Laura Pintchura Maia, 1681 - Sen. Mário Campos

VITIMA: Freidiane da Silva Barros  
CPF: 032.855.522-06 DATA DO ACIDENTE: 26/03/2018  
NATUREZA:  DAMS  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.



Boa Vista , 24 de julho de 2019.

x Freidiane da Silva Barros  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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 N°: 806

**Nome Civil: LEIDIANE DA SILVA BARROS (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino  
Estado Civil: União Estável

Idade: 26 anos

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rue: Laura Pinheiro Maia  
Bairro: Pintofândia N°: 1681

**Nome Civil: AELYCA OLIVEIRA TAVARES (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 26/09/1995 Idade: 24 anos  
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Empresário  
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: 031.369.872-05

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: AV GLAYCON DE PAIVA  
Bairro: MECEJANA N°: 1412  
Telefone: (95) 99147-1857 (Celular)

**Nome Civil: FRANCIMAR RODRIGUES DE AMORIM (TESTEMUNHA )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 20/09/1980 Idade: 39 anos  
Naturalidade: MA - Lago Verde Profissão: Funcionário Público  
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 N°: 280  
Bairro: Pintofândia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 816.658.302-04

Placa: NAK9391

Renavam: 00194502937

Número do Motor: JL156FMI-208T000701

Número do Chassi: 951BJKJG18B000722

Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: TRAXX/JH125 L

Modelo: TRAXX/JH125 L

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização Denatran: 19/07/2010

Situação do Veículo: REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Manoel Rodrigues Tavares

Envolvidos

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) Margarida Caland Paiva sentida Pintolândia/Alvorada e o Sr. **Ronaldo** conduzia seu veículo uma motocicleta **TRAXX/JH125 L** de cor vermelha na Rua cor verde na Rua José Cassimiro da Silva sentido Bairro/Centro quando em dado momento o veículo **COURIER** colidiu na parte lateral de 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 das rodas da moto pegou o para-choque da **COURIER** e colidiu dentro da carroceria 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 **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** estaría 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 ele 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 ignorando sem dar mais explicações, QUE do local da abordagem ao taxi lotação **Iriane** nos **Oderlan Souza** (OAB-1845/RR) se identificando como sendo o advogado do Sr. **Ronaldo** e teria feito contato com o mesmo trabalhos periciais de praxe a motocicleta foi entregue para a filha do condutor a Sra. **Aelyca**, QUE as vítimas foram **Cleidson**, QUE do acidente o Sr. **Manoel** sofreu fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros inferiores, a (foto) não temos informações pois a vítima está no centro clínico, QUE após colhidos dados deslocamos até esta especializada para registro da ocorrência.

Auto de Infração Nº: SE00118484

Auto de Infração Nº: SE00118483

Auto de Infração Nº: SE00118482



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 951BJKG18B000722, 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 calcâncar 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 4200370  
Responsável pelo Atendimento



Manoel Rodrigues Tavares  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro sob os dédios (no direito que sou visto) que a(s) unica(s) responsável(es) pelo(s) fato(s) descrito(s) neste boletim, ou a(s) que possa responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dei origem, de acordo com o artigo 339-Denúnciação Cautionante e 340-Comunicação da Fazenda de Crime ou de Criminoso, segundo o Código Penal Brasileiro."