

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200081341

Vítima: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIELA SALDANHA RODRIGUES

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. 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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200081341

Vítima: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DANIELA SALDANHA RODRIGUES

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 DE VIDA

Adega Credenciada 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:

708.711.242-20

4 - Nome completo da vítima:

Daniela Salesanta Rodriguez

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

5 - Nome completo: Daniela Salesanta Rodriguez

6 - CPF:

708.711.242-

7 - Profissão: Aeronave

8 - Endereço:

Rico - Manoel Freire Petes

9 - Número:

5103

10 - Complemento:

caso

11 - Bairro: centro

12 - Cidade:

Vila Bela da Santíssima Trindade

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.343-000

15 - E-mail: danielsalesantarodriguez@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(25) 22403-3060

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:

 RECUZO 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\$5.000,0021 - 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)AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(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 à 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 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 nasceu? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não32 - 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 obrigatoriedade de resarcir 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

20 MAR. 2020

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006787/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/02/2020 09:46 Data/Hora Fim: 14/02/2020 10:02
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/10/2019 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pricumã

Logradouro: Via das Flores

Ponto de Referência: Supermercado Goiana

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DANIELA SALDANHA RODRIGUES (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 17/10/1981 Idade: 38 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Professor Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Leonilia Saldanha Nome do Pai: Francisco Rodrigues

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 708.711.242-20

RG - Carteira de Identidade: 173088

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Antonio Pinheiro Galvão

Nº: 494

Complemento: Casa

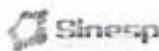
Bairro: Buritis

Telefone: (95) 99114-5919 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 708.711.242-20	Placa NAV-6757
Renavam 01122458204	Número do Motor KD10E0H020857
Número do Chassi 9C2KD1000HR020853	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS
Modelo HONDA/NXR 160 BROS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 14/02/2020 10:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

20 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006787/2020

Nome Envolvido

Daniela Saldanha Rodrigues

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta devidamente descrita acima, onde ao desviar de um cachorro que entrou em sua frente "desgovernado", colidiu na calçada, perdeu controle e colidiu em árvore. Que sofreu lesões corporais e foi socorrida pelo SAMU até o HGR. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Daniela Saldanha Rodrigues
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima inseridas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006787/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/02/2020 09:46 Data/Hora Fim: 14/02/2020 10:02
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/10/2019 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pricumá

Logradouro: Via das Flores

Ponto de Referência: Supermercado Goiana

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DANIELA SALDANHA RODRIGUES (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 17/10/1981	Idade: 38 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista	Profissão: Professor	Escolaridade: Ensino Superior Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Leonilia Saldanha	Nome do Pai: Francisco Rodrigues		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 708.711.242-20

RG - Carteira de Identidade: 173088

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Antonio Pinheiro Galvão

Nº: 494

Complemento: Casa

Bairro: Buritis

Telefone: (95) 99114-5919 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 708.711.242-20	Placa NAV-6757
Renavam 01122458204	Número do Motor KD10E0H020857
Número do Chassi 9C2KD1000HR020853	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS
Modelo HONDA/NXR 160 BROS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira Impresso por: Jefferson Inacio Araujo Data de Impressão: 14/02/2020 10:08 Protocolo nº: Não disponível	Página 1 de 2 PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

20 MAR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006787/2020

Nome Envolvido

Daniela Saldanha Rodrigues

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta devidamente descrita acima, onde ao desviar de um cachorro que entrou em sua frente "desgovernado", colidiu na calçada, perdeu controle e colidiu em árvore. Que sofreu lesões corporais e foi socorrida pelo SAMU até o HGR. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente da Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Daniela Saldanha Rodrigues

(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia de Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Sistema de Segurança Social

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - NIF do sinistro ou ASL	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	705.711.212-90	Daniela Salesma Rodrigues		

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

5 - Nome completo:		6 - CPF:	
Daniela Salesma Rodrigues		705.711.212-	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
auxiliar de cozinha	Rua - Mário Henrique Petrucci	210	cabo
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Vila das Laranjeiras	RR	62843-000
15 - E-mail:	16 - Tel(COD):		
duo2000@hotmail.com.br	(31) 2243-3456		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 comprovação anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.600,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLANÇA (Documento para o banco abraçar. Atende uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (342) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Documento para o banco)

Nome do BANCO: Brastar

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se houver) (Informar o dígito se houver) (Informar o dígito se houver) (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do seguro INAPT que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente agora à 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 juramento de depor, que não tenho laudo de invalidez permanente emitido por médico especialista.

Assinatura de seu pedido de que não é possível fazer a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros (se nascido): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
29 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Vítima deixou pais/avós vivos?	33 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e percebam vitória judicial, quando ciente, ainda, de que qualquer prejuízo da declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir 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 o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

São Luís - RR, 17/02/2020

20 MAR. 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA



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: 4485765

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	01/2020	24-DEC-19 a 24-JAN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
596	11-FEB-20	R\$ 513,37

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
1089170	01/2020	R\$ 513,37

836400000052.133700750002.000000001081.917001200059



20 FEV. 2020

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ivo Soárez, 601 - Centro - São Vito - RR
CNPJ: 02.341.479/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-1
Régua Física / Conta de Energia Elétrica - Rôma 0-1
Região Física da expedição autorizada pela EGPZ 260/13

0152438-0

NOVEMBRO/2019

26/11/2019

382

330,03

DANIELA SALINNA RODRIGUES
R. MARIA LUCIA PERES CENTRO

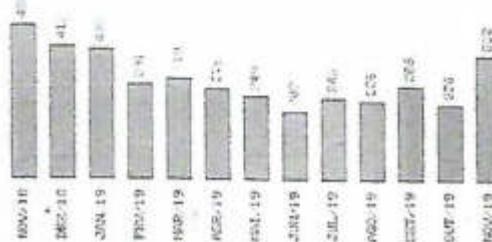
CPF: 63070971124228
CEP: 69.343-022 - VILA TRES COROAS

Mês:	Ano:	Entrega:	Grupo/Subgrupo:	Classificação:
Nov	19	11/11/2019	3	P
Anterior:	10/2019	11/10/2019	3	P
Dias do consumo:	31	Próxima leitura: 11/12/2019		
Constante de multiplicação:	1.000	Último dia: 05/11/2019		
Consumo medido:	382	Aproximado: 11/11/2019		
Consumo Padrão:	332	RI-004-011.04.01-00183		

CONSUMO	382 A R\$ 0,777902 =	297,15
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		25,01
CORRECAO MONETARIA DA 09/19-00		0,03
MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00		1,50
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00		0,30
MULTA POR ATRASO 09/19-00		4,65
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00		1,39

PERÍODO: 01/10/2019
à 26/10/2019

Média 12 meses: 322



Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/11/2019.
01/10/2019 197,81 O consumidor receberá aviso, também a inclusão
do nome no orçamento na EGPZ. Caso tenha efetuado o pagamento faltou desconsiderar este aviso.

MENSAGENS
DE PORTANTES

VALOR TOTAL: R\$ 330,03. DATA DE PAGAMENTO: 18.12.19 P/M MAD PENDER
VALOR TOTAL: R\$ 330,03. DATA DE PAGAMENTO: REAJUSTE MEDIO
VALOR TOTAL: R\$ 330,03. DATA DE PAGAMENTO: 18.12.19 23.10.2019,
VALOR TOTAL: R\$ 330,03. DATA DE PAGAMENTO: 18.12.19 21.25

REAJUSTE E
VENCIMENTO

ESTIMATIVA DE FIM DE ANO

VALOR TOTAL: R\$ 330,03

02/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 01/2020 referente a UC: 1089170



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: 4485765

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	01/2020	24-DEC-19 a 24-JAN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
596	11-FEB-20	R\$ 513,37

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
1089170	01/2020	R\$ 513,37

836400000052.133700750002.000000001081.917001200059



20 MAR. 2020

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria Sávio de Souza,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051-512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Daniela Saldanha Rodrigues Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.711.218-20

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Daniela Saldanha Rodrigues.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.711.042 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

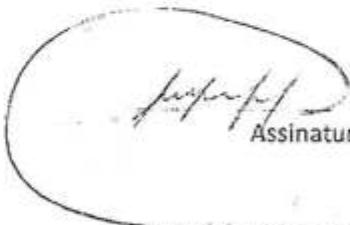
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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:	<u>Rua Graciliano P. Góes</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>RR</u>	Estado:
E-mail:	<u>maria.saviodeSouza@hotmail.com.br</u>	CEP:	<u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(35) 98404-5363</u>

Local e Data: Bracília - RR, 17/02/2020


Assinatura do Declarante

20 MAR. 2020



NOTURNO 19-

* Rua Volio et. no. 100
aindo bem linda.
Pct. operentemente alcoóloida.

OP: observo q


Henrique R. da Silva
Asp. DOCON - Médico
CRM-RK 1803

2015.2020



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1172924	12/10/2019 06:48:10	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
paciente	MIELA SALDANHA RODRIGUES	17/10/1981	37 A 11 M 26 D			
o Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade
ENTIDADE	17388	SSP/RR	15/07/2014	M	SOLTEIRO(A)PARADA	BRASILEIRA
me	CONIRA SALDANHA				Pal	Contato
adereço					FRANCISCO RODRIGUES	(95) 99111-0091
UA - ANTONIO PINHEIRO GALVAO - 494 - BURITIS - BOA VISTA - RR						Ocupação
						NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Incidente do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento		Procedimento Sol.			
Betor	URGÊNCIA					
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada					
Queixa Principal	DEMANDA ESPONTÂNEA					
<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febreira <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
<i>"Colírio nojo"</i>						
Anamnese de Enfermagem						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p>Vítima de colisão moto vs moto. s/o impacte contundente, m/s desconcreto, com risco de impacto de rebote. Alvo uva.</p> <p>A-visos: Avisos: C- aviso de risco urinário; D- cinturão E- Histórico m/s</p>					
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica	<p>- Politrauma</p>					
SADT - Exames Complementares	<p><input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>					
PREScrição						
1- Tensão Urina						
2- Fosfato 4g IV						
3- Dexam 2g IV						
4- TC de torso/visceral abdominal						
TC abdominal: Sem lesões hemorrágicas - lesões parenquimatosas - lesões ósseas existentes - lesões de membrana pleural						
Conduta	<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:</p>					
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<p><input type="checkbox"/> HML Anatomia Patológica</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> CRM-RR 2020</p>				
Assinatura do Paciente ou Responsável	<p>Carrimbo e Assinatura do Médico</p> <p><i>DR. J. S. SADOVSKI</i></p> <p><i>DR. J. S. SADOVSKI</i></p>					
Impresso por: jackson.sadovski						
Data Hora: 12/10/2019 06:48:54						
20 MAR. 2020						
<p>2020 - Sistema de Gestão da Qualidade CNPJ: 42.325.013/0001-92</p>						

* Rua
Ainda sem laude.
Pct operamente alcoólico.

D: Observado

JM
20 MAR 2000
Cachorro
1803

20 MAR. 2000

Brasile Saldanha e h.

Lands Mälter

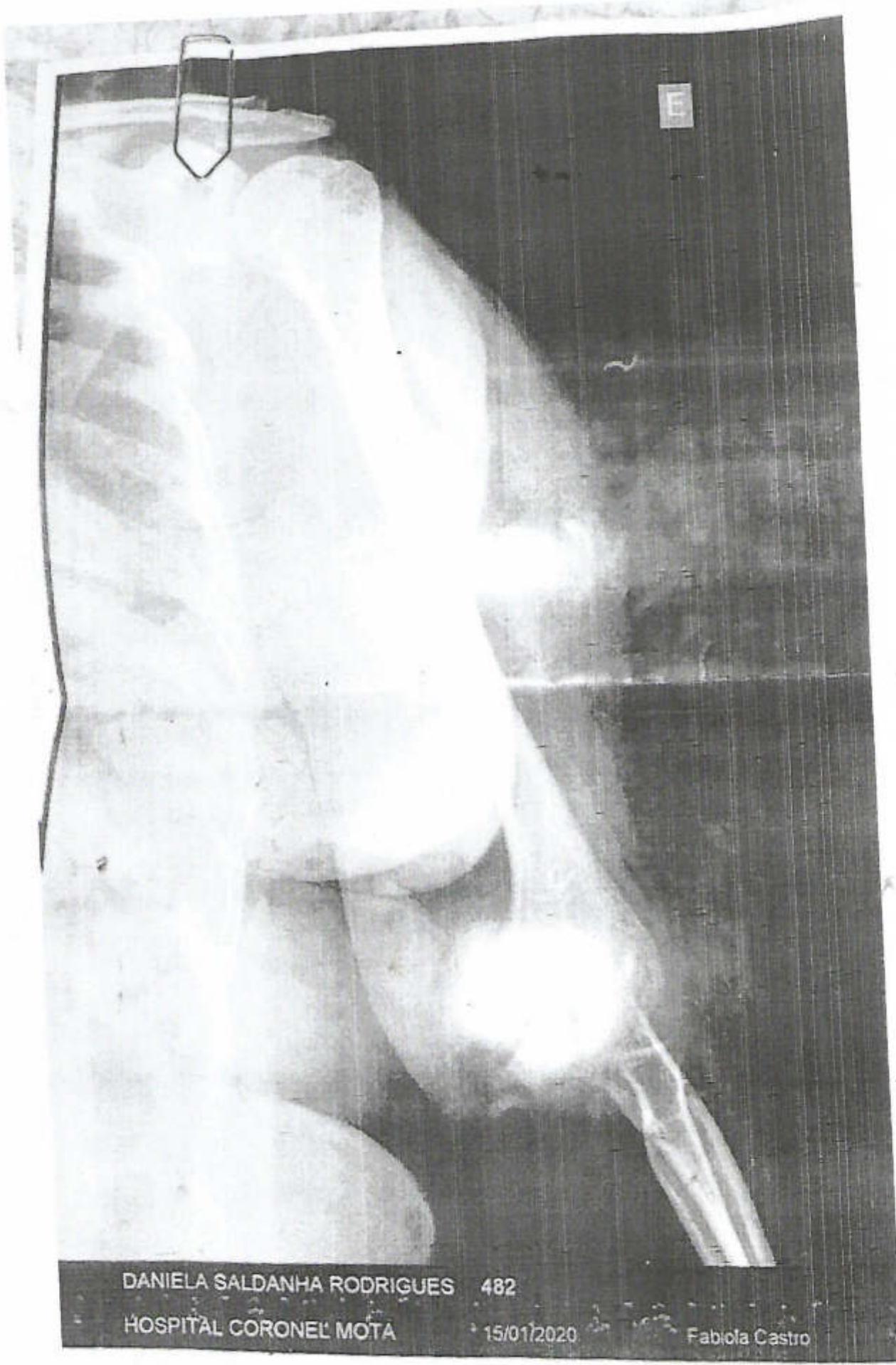
Pate 2, paper

na stora mängd do mangts
intidur esped. no. by abduca
m. des ligado em placa
do aero. O condic. bala
para cima da ao dia.

29/11/19

patrick Roberto Jose
SALVADOR FRANCISCO
SILVA MARCELO

VISÃO ESPECIALISTA DENTAL, FORTA
EST. CLIN. FORTA 58 - Centro 00114-000
CEP 01310-000 - São Paulo - SP



DANIELA SALDANHA RODRIGUES 482

HOSPITAL CORONEL MOTA

15/01/2020

Fabio Castro

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO QUILÓ GRIEZ	
 Daniela Saldanha Rodrigues 	
NOME: DANIELA SALDANHA RODRIGUES NOME PATERNO: FRANCISCO RODRIGUES NOME MATERNO: LEONILZA SALDANHA NATURALIDADE: BOA VISTA - RR D.O.C.: QVISSEM CERTD NASC: 31993 FL 55 LIV A-37 1º OF: BOA VISTA-RR CEP: 700 711-242-20 2ª VIA: AMADEU ROCHA TRIAMNI DATA DE Nascimento: 17/10/1981 L.E.I. Nº: 7.116 DE 29/08/03	
<small>Carteira de Identidade</small> <small>Validade em todo o território nacional</small> <small>SEFAZ/RR</small> <small>Data de Expedição: 15/03/2018</small> <small>Data de Vencimento: 17/10/1981</small> <small>P1</small>	

20/07/2020

20 MAR. 2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CORTEIRIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: ILDOR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE/CNH (MOTORISTA) 114807 SSD 2R

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1972

PAÍS: JUNIOR
NOME: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONOMÁSTICO: INACIO DE OLIVEIRA

TIPO: PERMISSÃO PROVISÓRIA ACO - CONCESSIONADA CATARINA ZUP

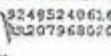
Nº REGISTRO: 01101912304 VÁLIDADE: 28/01/2020 PRATICITAGEM: 15/12/1999

RESERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: 

ASSINATURA DO EMISSOR: 

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

ANSELMO MONTEIRO PINHEIRO
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR: 

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Daniela Saldanha Rodrigues

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Professor

IDENTIDADE: 173.088 SSP/RR.

ENDEREÇO: 1112 Lucio Pena Centro

OUTORGADO

NOME: Thelma Josefa da Silva

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Lixeirinha

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: R. Antônio da Cunha 1332

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 DAVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12/10/2019, cobertura Princípios, vitima: Daniela Saldanha.

Bom vicio 10/10/19

LOCAL E DATA

Daniela Saldanha Rodrigues

ASSINATURA DO OUTORGANTE



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino, Fabetina e Renata
Av. Afonso Pena, 400 - Centro
CEP 69010-000 - Boa Vista/RR



Em testemunho da verdade, EGIC
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 14 de novembro de 2019.
Consulte os(s) assinado(s) abaixo em cidades portaiselcom.com.br
REC/FIR/1582955798JW273GEG70807

Encargos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

20 MAR. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094177/20

Número do Sinistro: 3200118826

Vítima: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

CPF: 708.711.242-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 30/04/2020
Nome: DANIELA SALDANHA RODRIGUES
CPF: 708.711.242-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

DANIELA SALDANHA RODRIGUES

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065706/20

Vítima: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

CPF: 708.711.242-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

DANIELA SALDANHA RODRIGUES : 708.711.242-20

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: 18/02/2020
Nome: DANIELA SALDANHA RODRIGUES
CPF: 708.711.242-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

DANIELA SALDANHA RODRIGUES

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094177/20

Vítima: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

CPF: 708.711.242-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2019

Titular do CPF: DANIELA SALDANHA RODRIGUES

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

DANIELA SALDANHA RODRIGUES : 708.711.242-20

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: 16/03/2020
Nome: DANIELA SALDANHA RODRIGUES
CPF: 708.711.242-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

DANIELA SALDANHA RODRIGUES

MANOEL COELHO NETO