

---

**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

---

**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



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: 4 - Nome completo da vítima: 708.711.242-20 Daniela Saldanha Rodrigues

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 Saldanha Rodrigues 6 - CPF: 708.711.242-20  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Maria Luiza Peres 9 - Número: 310 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Vila Rica 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.243-000  
15 - E-mail: daniela.saldanha@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (69) 92443-5060

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)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 62058 0  
(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 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 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 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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, Boa Vista - RR, 17/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

20 MAR. 2020

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: Leonilla Saldanha Nome do Pai: Francisco Rodrigues

Documento(s)

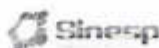
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 708.711.242-20  
RG - Carteira de Identidade: 173088

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	Envolvimentos
Daniela Saldanha Rodrigues	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 Inácio Araújo  
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 assentadas 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.\*



20 FEV. 2020



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 - Boe 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

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	Envolvimentos
Daniela Saldanha Rodrigues	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 Policia  
Matricula 42000908  
Responsavel pelo Atendimento

  
Daniela Saldanha Rodrigues  
(Comunicante / Envolvido / Vitima)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável(ais) pelas informações acima assentadas 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 \*









## FORMULÁRIO DE SINISTRO DE VITIMAS

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

☐ OMS (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 Salomão Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo:

Daniela Salomão Rodrigues

6 - CPF:

708.711.242-20

7 - Profissão:

Atendente

8 - Endereço:

Rua Maria Luiza Pereira

9 - Número:

510

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Vila Rica

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

65.943-000

15 - E-mail:

LUZPERIA@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(081) 3303-7500

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 comprovarei anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUÇANÇA (previdência para os bancos abertos. Anotar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 0250

Y

CONTA:

62058

0

(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 de acordo com o valor 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 INIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaram, sob as penas da lei, que não possuem conhecimento de nenhuma outra pessoa que tenha direito a indenização por invalidez permanente.

... e/ou, por meio de lei, que não é possível caso se apresentem 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.

Julgo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sob 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 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 conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e procurarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou 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 o pedido (a rogo):	38 - 1ª   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):	39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bom Jesus - RR, 17/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

20 MAR. 2020

17/02/2020

Via de Pagamento para o mes/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

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

836400000052.133700750002.000000001081.917001200059



20 FEV. 2020

NOVEMBRO/2019

26/11/2019

362

330,03

DANIELA BALDANA RODRIGUES

CPF: 03370971124228

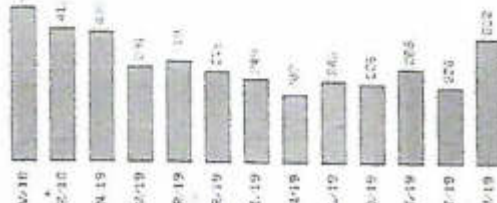
R. MARIA LUCIA PERES CERTEO

CEP: 65.343-022 - VILA TRÊS CORAÇÕES

Atividade	Valor	Atividade	Valor	Atividade	Valor
Atividade	51,38	Atividade	11/11/2019	Grupo/Subgrupo	5
Anterior	4755	Anterior	11/10/2019	Classe/Subclasse	RESIDENCIAL
Dias de consumo	31	Próxima leitura	11/12/2019	Ligação	01
Constante de multiplicação	1,000	Emissão	05/11/2019	Número Medidor	TEB1787333
Consumo medido	362	Aprovação	11/11/2019	Forma de Faturamento	NORMAL
Consumo Potencial	362	IP: 004 011.84.01.00h183		Medicador	CONVENCIONAL

CONSUMO	362 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

2019-01-01  
24 000 - 0,000000



Média 12 meses: 362

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**RETRASO DE VENCIMENTO**

Res/Ato 197.01 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/11/2019. O não pagamento fatura encerra também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

ATENÇÃO: O cliente deve pagar até 15.12.19 P/ NÃO PERDER o direito de energia elétrica. Caso não pague, a energia será suspensa. O cliente deve pagar a fatura de 26/11/2019. O cliente deve pagar a fatura de 26/11/2019. O cliente deve pagar a fatura de 26/11/2019.

Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo	362	Consumo	362	Consumo	362	Consumo	362
Consumo	362	Consumo	362	Consumo	362	Consumo	362

**RORAIMA ENERGIA**

0152438-0

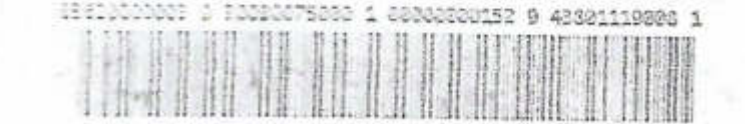
11/2019

**TOTAL A PAGAR - R\$**

330,03

**VENCIMENTO**

26/11/2019





**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 1089170	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 24-DEC-19 a 24-JAN-20
CONSUMO (kWh) 596	VENCIMENTO 11-FEB-20	TOTAL A PAGAR 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 1089170	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<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 da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Alain S. M. 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 708.711.242 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Daniela Saldanha Rodrigues

inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.711.242 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

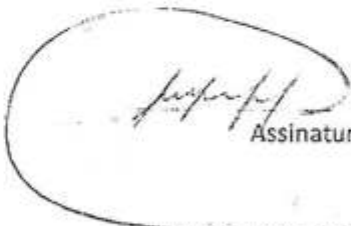
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua. Antônio P. Gomes</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento:
Bairro: <u>Bomfim</u>	Cidade:	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>JAOLRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(35) 38404-5368</u>

Local e Data: Bea Vista - RR, 17/02/2020

  
Assinatura do Declarante

**20 MAR. 2020**





NOTURNO 19-

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901172924 12/10/2019 06:48:10 Data Nascimento Idade 17/10/1981 37 A 11 M 26 D CNS CPF Prontuário

Paciente DANIELA SALDANHA RODRIGUES Tipo Doc Documento 17388 Orgão Emissor Data Emissão 15/07/2014 M Sexo Estado Civil SOLTEIRO(RAÇA) RACEIA BOA VISTA - RR Nacionalidade BRASILEIRA Mãe LEONIRA SALDANHA Pai FRANCISCO RODRIGUES Contato (95) 99111-0091 Ocupação NÃO INFORMADA

Endereço RUA - ANTONIO PINHEIRO GALVAO - 494 - BURITIS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Registrado por: JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal "Colisão moto" ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ) - Trauma pelo carro, em mobilização lateral, vítima de colisão moto-carro. Não houve lesões ósseas, nem de membros. Com relato de morte da Bebê Sílvia.

Exame Físico A - sem lesões externas, B - sem lesões, C - 48% de lesão no abdômen, D - sem lesões, E - Hematoma no braço

Hipótese Diagnóstica - Poltrauma

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

PRESCRIÇÃO 1 - Analgésico 2 - Analgésico 3 - Analgésico 4 - TC de abdômen / membros com tomografia

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta:

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ HML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico



20 FEV. 2020

\* Ruivolo e C. M. M. M. M.

ainda sem laudo.

Pa. aparentemente alcoolizada.

Ad: Obscuras



Dr. Henrique R. da Silva  
Esp. OCOR - Médico  
CRM-RR 1803

20-FEV-2020



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

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

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

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



NOTURNO 19-

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1172924 12/10/2019 06:48:10 Data Nascimento 17/10/1981 Idade 37 A 11 M 26 D  
Paciente NIELA SALDANHA RODRIGUES Naturalidade Nacionalidade  
Documento 17388 Orgão Emissor SSP/RR Data Emissão 15/07/2014 Sexo M Estado Civil SOLTEIRO(A) PAIDA BOA VISTA - RR Contato (95) 99111-0091  
Pai FRANCISCO RODRIGUES Ocupação NÃO INFORMADA

Endereço: RUA - ANTONIO PINHEIRO GALVAO - 494 - BURITIS - BOA VISTA - RR  
Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: JACKSON.SADOVSKI  
SUSPEITA DE DENGUE

Queixa Principal: "Coluna neta"  
Anamnese de Enfermagem: GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14h) - Paciente relatou trauma no tórax, com mobilização reduzida de costelas, dor ao respirar, sem hemoptise, sem sinais de choque circulatório, D-12/10/19 11h - Homenagem em Luto

Exame Físico: A- Ausculta Pulmonar: 3 rales, 2 no 4º e 5º ar, 1 no 6º ar. H- Homenagem em Luto  
Hipótese Diagnóstica: - Poltrauma

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

PRESCRIÇÃO  
1 - Analgésico  
2 - Analgésico 4 em 4h  
3 - Analgésico 2 em 4h  
4 - TC de tórax / abdome / membros inferiores  
TC de tórax: sem alterações pulmonares, sem pneumotórax, sem hemothorax, sem derrame pleural, sem lesão mediastinal, sem lesão vascular, sem lesão esquelética.

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:  
Observação (Até 24h) Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: 12/10/2019 11h

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: [Assinatura]  
Carimbo e Assinatura do Médico: [Assinatura]  
2-0 MAR. 2020

Impresso por: Jackson.sadovski  
Data Hora: 12/10/2019 06:48:54



\* Ainda sem laudo.  
Pt. aparentemente alcoolizada.  
D: Obscuro 900



Dr. [illegible]  
[illegible]  
[illegible] 1603

20 MAR. 2020





Donela Salomão e Silva

Laudo Médico

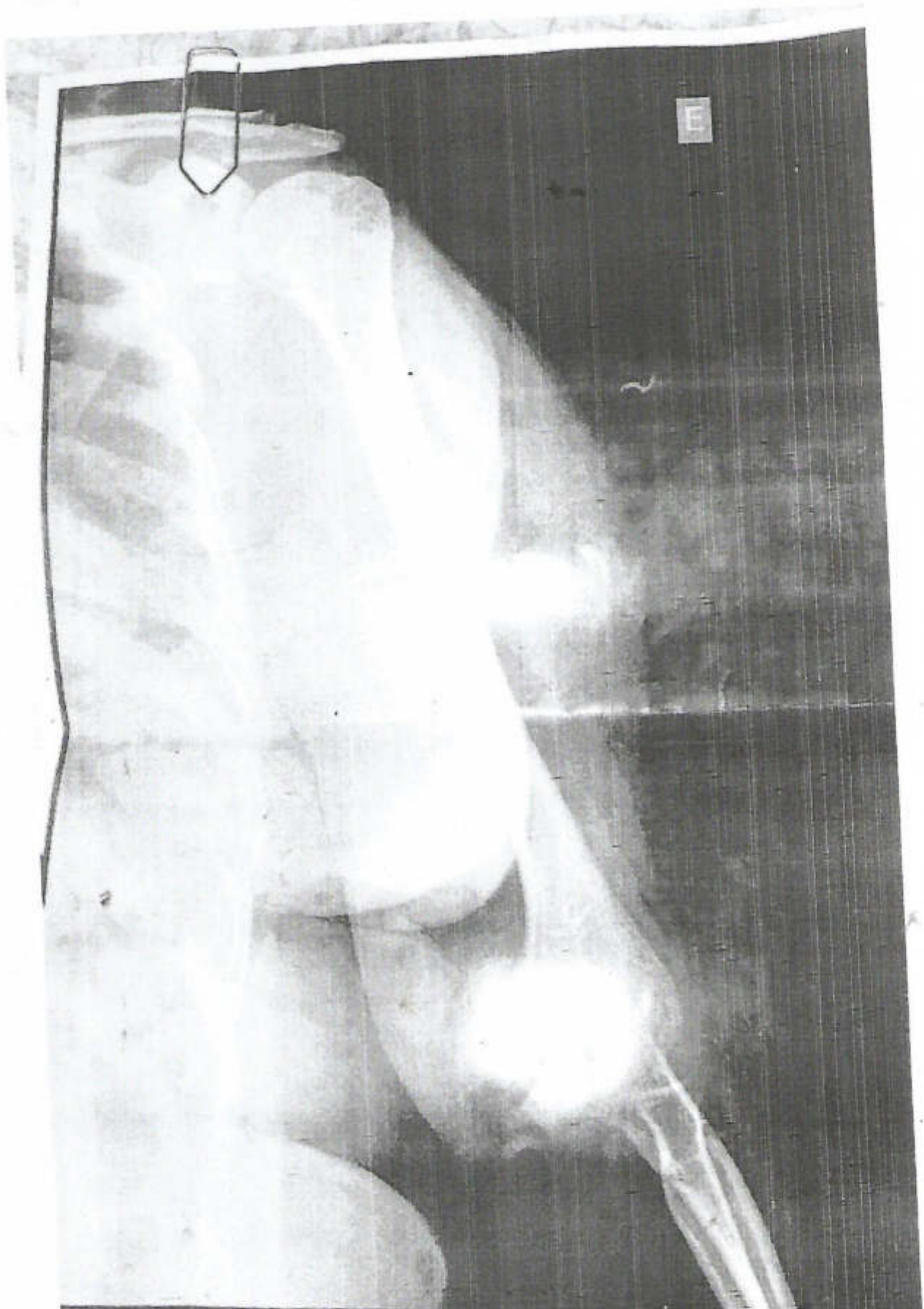
Paciente: P. 2, prefer

Transtorno mental do marginal  
intelecto superior, no ps. abstrato.  
em des. de grupo em pl. de tra-  
ta-mento. O cond. clínico  
para cura de 90 dias.

21/11/19

Patrick Roberto José  
Ferreira e Trindade  
Médico Psiquiatra

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA  
Rua Lacerda, 100 - 1º andar - 01011-000 - São Paulo - SP  
Tel: (11) 3061-1111 - Fax: (11) 3061-1112



DANIELA SALDANHA RODRIGUES 482

HOSPITAL CORONEL MOTA

15/01/2020

Fabiola Castro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*Daniela Saldanha Rodrigues*

ALICATADA 1/11/14/15

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

173088

DATA DE EMISSÃO 15/03/2018

DATA DE NASCIMENTO 17/10/1981

REGISTRO SERIAL

NOME DANIELA SALDANHA RODRIGUES

FILIAÇÃO FRANCISCO RODRIGUES LEONILIA SALDANHA

NACIONALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. CIVIL CERTD NASC 31993 FLS 55 LIV A-37

1º OF BOA VISTA-RR

708.711.242-20




2ª VIA

AMABEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

20 FEV. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CORTEIRA NACIONAL DE HABITUADO	
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / CNIG / EMISSOR / AF 114807 SSP RJ
	CPF 383.051.512-04
	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
FUNÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO <input checked="" type="checkbox"/> Habituado	ACC <input checked="" type="checkbox"/> Habituado
CAT. JUB JUB	
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020
	Nº HABITUAÇÃO 15/12/1995
OBSERVAÇÕES	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
 ANCELMO KUMTSCHIK PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE	32485240616 0207968020
ASSINATURA DO EMISSOR	

20 MAR. 2020

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniela Saldanha Rodrigues
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Professora
IDENTIDADE:	173.088 SSP/RR
ENDEREÇO:	112 Luísa Reis Centro

OUTORGADO

NOME:	Ilmar Lúcio de Sá
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antônio G. Balboa 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 Incendio e, vítima: Daniela Saldanha R.

202 vista 14.0019

LOCAL E DATA

Daniela Saldanha Rodrigues

ASSINATURA DO OUTORGANTE



DANIEL AQUINO

Reconhecido por VERDADEIRA(s) firma(s)

Em testemunho da verdade, EOLC  
De que dou 16.03a Vista RR, 14 de novembro de 2019.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [portalale.com.br](http://portalale.com.br)  
RECER168296SY98JW2T3GEG70807

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

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino, Escrevente Autorizada  
Av. Brasil, 1.400 - 14º andar - Boa Vista - 55030-000  
Fone: (071) 3277-1100  
CNPJ nº 07.000.000/0001-00  
158209580096798477  
Larissa Vitoriosa da Silva  
Escrevente Autorizada  
Daniel Aquino

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

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 12/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANIELA SALDANHA RODRIGUES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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](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: 30/04/2020  
Nome: DANIELA SALDANHA RODRIGUES  
CPF: 708.711.242-20

DANIELA SALDANHA RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065706/20

**Vítima:** DANIELA SALDANHA RODRIGUES

**CPF:** 708.711.242-20

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 12/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANIELA SALDANHA RODRIGUES

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

DANIELA SALDANHA RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094177/20

**Vítima:** DANIELA SALDANHA RODRIGUES

**CPF:** 708.711.242-20

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 12/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANIELA SALDANHA RODRIGUES

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

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

DANIELA SALDANHA RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL COELHO NETO