

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Stair Inácio de Souza
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jeová de Oliveira da Paz inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.658.383-63
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Jeová de Oliveira da Paz
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.658.383 / 63, 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. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Zuricis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/07/2020


Assinatura do Declarante

Visita
Cirurgia

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

1^ª Classificação/Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

2001237434	22/04/2020 10:15:55	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	11
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JEÓVA DE OLIVEIRA DA PAZ		26/07/1978	41 A 8 M 27 D		00265838363	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Naturalidade
Mãe				M		Nacionalidade
MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA DA PAZ					PARDA	BRASILEIRA
Endereço				Pai	NI	Contato
RUA - CC 34 - SN - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR						Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA					ERBEJONE.SIMPILICIO
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Dor no abdô. O
Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Precisão vitais da paciente é notável
Travos em abdô. O

Exame Físico

Fixos de concusão? O?

Hipótese Diagnóstica



SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

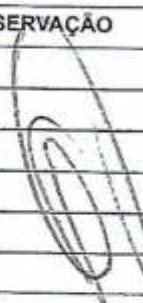
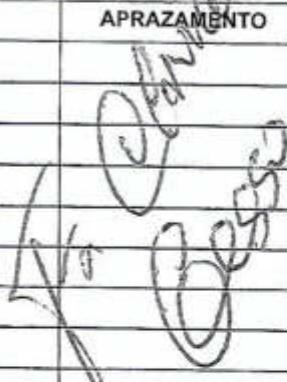
APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dor abdominal
Tremor toráx O

EVOLUÇÕES

Tamam Reentry
Cirurgia Geral
CRM-RR 1443 / ROE 631



Conduta

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para: _____

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
 Data e Hora da Saida/Alta: / / : :

óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não

HOSPITAL GERAL DE BRASÍLIA/MA
Av. Presidente Dutra, 1200 - Centro, S/N

IML Anatomia Patológica / / : :

Novo Plantão Tel: (95) 7121-0620

AUTENTICAÇÃO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erbejone.simplicio
Data Hora: 22/04/2020 10:16:28

SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
SIA - Sistema de Atendimento
Nº: 4327-013643

Destino: _____
Novo Plantão Tel: (95) 7121-0620
AUTENTICAÇÃO
Assinatura: _____
Certifico e Declaro Faz a presente
cópia é a Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



2001237434



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

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

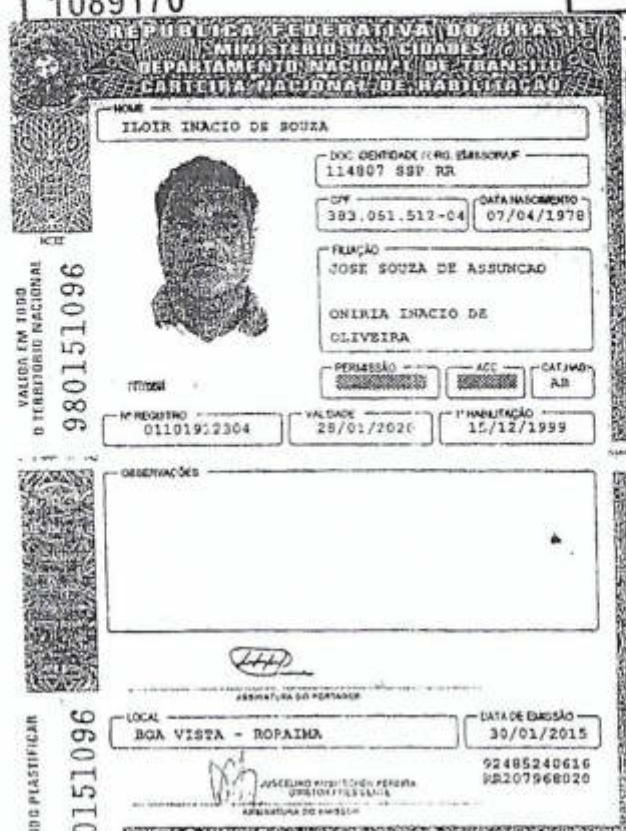


RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
1089170

MÊS
05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<i>José da Oliveira da Paz</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>000077567597-0</i>
IDENTIDADE:	
ENDEREÇO:	<i>Rua CC 24 N° 204 Loura Moreira</i>

OUTORGADO

NOME:	<i>Gleison Antônio de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>Atormento</i>
IDENTIDADE:	<i>114.807 SSP-RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Antônio p. Salvad 1832</i>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 22/04/2020, cobertura Invalidez, vitima: José da Oliveira da Paz.

Boa Vista 29-04-2020

LOCAL E DATA

José da Oliveira da Paz

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
1942713498479906

Reconhecido por: VERDADEIRA a(s) firma(s)
"JOSE DA OLIVEIRA DA PAZ"

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabellão e Registrador
Av. Ataíde Teixeira, 4207 - 5º Andar - Boa Vista
fone: (65) 3627-4215

Em testemunho da verdade, LFS
De que deu 14. Boa Vista/RR, 29 de abril de 2020.
Conselho dos Notários e Registradores em cidades notariais.com.br
RECIFIR166296WJJZQTATPZNSA40 /

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

Julian Oliveira Aquino
Escrivente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202208/20

Número do Sinistro: 3200256816

Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

CPF: 002.658.383-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2020

Titular do CPF: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 30/07/2020
Nome: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ
CPF: 002.658.383-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200256816 **Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ**

Data do Acidente: 22/04/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

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, contados 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, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256816

Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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. 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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256816

Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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. 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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200256816

Vítima: JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

Data do Acidente: 22/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEOVA DE OLIVEIRA DA PAZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4413/2020 - Registrado em: 09/06/2020 às 15h 28min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 22/04/2020 às 09h 15min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: ATAIDE TEIVE

Nº: S/Z

CEP: 69300-00

Bairro: ASA BRANCA

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JOVA DE OLIVEIRA DA PAZ(41), nascido(a) em 26/07/1978, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de VIGILANTE, CPF Nº 002.658.383-63, País: BRASIL, natural de VITORIA DO MEARIM-MA, filho(a) de MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA DA PAZ e ANTONIO VIANA DA PAZ, endereço: CC 24, cep: 69318-115, Nº: 204, bairro SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99147-9282.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MODELO HONDA/CG 160 FAN , COR: PRETA, ANO: 2018/2019, PLACA: NAS-9336, PROPRIETARIO: RAYANE SOBRINHO DE OLIVEIRA DA PAZ, QUANDO IA SENTIDO BAIRRO/ CENTRO, E AO ULTRAPASSAR UM TAXI LOTAÇÃO SENTIU ALGO ENCOSTAR NA TRASEIRA DA SUA MOTOCICLETA VINDO A CAIR AO SOLO QUE COM A QUEDA SOFREU FRATURA NA CLAVICULA. O MESMO INFORMA QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HGR. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLICIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

*X*Jeová de oliveira da Paz
JOVÁ DE OLIVEIRA DA PAZ
COMUNICANTE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **32001256836**

Data da solicitação: **27-07-2020**

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **Jeova de Oliveira da Paz**

CPF do beneficiário: **002.658.383-63**

Nome do solicitante: **Jeova de Oliveira da Paz**

CPF do solicitante: **002.658.383-63**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 99347-9282 Tel. Comercial: (95) 99342-4763 Tel. Residencial: ()

DDD

DDD

DDD

E-mail: **jeovar@outlook.com**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O Boletim de ocorrência é feito online e assinado eletronicamente

Boa Vista - RR, 27/07/2020

Local e Data

Jeova de Oliveira da Paz.

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



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: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 . 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

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
05/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71

