

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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200062832

Vítima: LEONARDO DIAS COSTA

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEONARDO DIAS COSTA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200062832

Vítima: LEONARDO DIAS COSTA

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO DIAS COSTA

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, 08 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200062832

Vítima: LEONARDO DIAS COSTA

Data do Acidente: 12/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO DIAS COSTA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Leonardo Dias Costa</i>					
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012							
5 - Nome completo:		<i>Leonardo Dias Costa</i>		6 - CPF: <i>010.959.742-70</i>			
7 - Profissão: <i>autônomo</i>	8 - Endereço: <i>Rua Adil Oliveira Rosa</i>	9 - Número: <i>3144</i>	10 - Complemento: <i>casa</i>	11 - Bairro: <i>Equatorial</i>	12 - Cidade: <i>Boa Vista</i>	13 - Estado: <i>RR</i>	14 - CEP: <i>69.317-324</i>
15 - E-mail: <i>FLORRRRA@GMAIL.COM</i>				16 - Tel.(DDD): <i>(65)98404-5368</i>			

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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<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 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:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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:	<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 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, <i>Boa Vista - RR, 05/02/2020</i> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
44 - Assinatura da testemunha	



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004409/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2020 11:11 Data/Hora Fim: 30/01/2020 11:27

Origem: Data: 30/01/2020

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/10/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Senador Hélio Campos

Logradouro: rua S 24

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

· Não definido

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO DIAS COSTA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 03/12/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Mecânico Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Jorgina Dias Costa Nome do Pai: Teonis Barros Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 010.959.742-70

RG - Carteira de Identidade: 335674-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: ADAIL OLIVEIRA ROSA

Nº: 3144

Bairro: EQUATORIAL

Telefone: (95) 99145-4503 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 010.959.742-70	Placa NAM3040
Renavam 00771813040	Número do Motor JC30E12124898
Número do Chassi 9C2JC30102R124898	Ano/Modelo Fabricação 2002/2001
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido



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

BOLETIM-DE OCORRÊNCIA

Nº: 004409/2020

Última Atualização Denatran 07/12/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Leonardo Dias Costa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE, NO DIA 12/10/2019, POR VOLTA DAS 19H00MIN, ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, PLACA NAM3040, NA RUA S-24 SEN. HÉLIO CAMPOS, QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO PAMPA AVANÇOU A PREFERENCIAL CAUSANDO O ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU; QUE FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR; QUE FOI ATENDIDO NO GRANDE TRAUMA; QUE FRATUROU O PULSO; QUE TEVE LESÕES NA CABEÇA E NO CORPO; QUE DESMAIOU NA HORA DO ACIDENTE E NÃO TEM CONHECIMENTO DE QUEM SEJA O AUTOR DO FATO; QUE POR NÃO TER CERTEZA DA AUTORIA DO FATO, EXPRESSA O DESEJO DE NÃO REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA QUEM QUER QUE SEJA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agenote de Policia
Matricula 42000370
Responsável pelo Atendimento

Leonardo Dias Costa
(Vitima / Comunicante)

"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."

10 FEV. 2020

ACESSO OLCOM.BR/MINHAOIE CADASTRE-SE.

- Fazer sua aula aérea em uma Conta Online
- Emular 2 vidas de conta
- Consultar o código de barras para
- Acoplamento a um consórcio
- Recarregar o PPF-PG
- Consultar seu saldo no DI Points

ACESSE OL.COM.BR/MINHAOI
E USE A INTERNET PARA:

NA MINHA OI É TUDO MAIS FÁCIL.

oi



CDD ASA BRANCA RR
JAQUELINE DIAS COSTA
RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA 3144
EQUATORIAL
69317-324 - BOA VISTA - RR

59207088



7213512820 25447 00004147088 30 151219



ANATEL - 1331

Phone	103 N. Main St., P.O. Box 25, Bala Cynwyd, PA 19004	TV	103 N. Main St., P.O. Box 25, Bala Cynwyd, PA 19004	Pls.	1034 1st fl. off U.S. 102, Dept. of Agriculture, Washington, D.C. 20250	Entertainment	1030 021 0000	Group/Team	0800 021 0001
-------	-----------------------------------------------------	----	-----------------------------------------------------	------	-------------------------------------------------------------------------	---------------	---------------	------------	---------------

SERVÍCIO DE ALIMENTAÇÃO AO CENSUSMUDOR

10 FEV. 2020

<input type="checkbox"/> 01. MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> 03. NÃO EXISTE N.º INDICADO	<input type="checkbox"/> 04. FALCIDO	<input type="checkbox"/> 05. DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 06. RECUSADO
REINTEGRANDO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /		RUBRICA DO RESPONSÁVEL: / /		MATRÍCULA: _____	
		<input type="checkbox"/> 07. AUSENTE	<input type="checkbox"/> 08. NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> 09. OBJETO DANIFICADO	<input type="checkbox"/> 10. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
		<input type="checkbox"/> 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE	<input type="checkbox"/> 12. FALTA COMPLEMENTO (COLLETIV/GU)	<input type="checkbox"/> 13. CAIXA POSTAL CANCELADA	<input type="checkbox"/> 14. RECLAMAÇÃO

13/01/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 11/2019 referente a UC: 1090291



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: 4106135

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 6

BURITIS

69309209 BOA VISTA

10 FEV. 2020

R.

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1090291	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
138	11-DEC-19	R\$ 355,12

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 Ilan Inácio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo Díaz Costa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.959.742 / 70,

do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro

da Vítima Leonardo Díaz Costa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 010.959.742 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

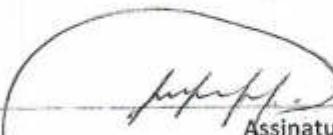
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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: Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 05/02/2020


Assinatura do Declarante

10 FEV. 2020

Ortopedico # Dr. Eldey
ponto que sólido com molo, em
uso de bala em ponto D.
Ao Rx operado fixado em sólido
ponto D. Fixado se sente dolor
tentativa de solucão imóvel
Sem dor.

~~Diálogo com paciente~~
Cirurgia.

Poche evolução.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 1022

9145.4503

10 FEV. 2020



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Instituto de Identificação Odílio Cruz
Ficha Civil

Emissão: 30/01/2020
Login: ROSANA_MOREIRA



RG.: 335674-4

2º Via

Emissão: 15/10/2014

Etnia:

Nome do Cidadão: Leonardo Dias Costa

Nome do Pai: Teonis Barros Costa

Nome da Mãe: Jorgina Dias Costa

Data de Nascimento: 03/12/1989

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nacionalidade: Brasileira

País de Nacionalidade: Brasil

País de Nascimento:

Município de Nascimento: Boa Vista

Grau de Instrução: 1º Grau

Profissão: Estudante, mensageiro, office-boy

Logradouro: RUA Z 07

Número: 1381

Complemento: CASA

Bairro: ALVORADA

Município: Boa Vista

CEP.:

Telefone: 95-91618293

Obs:

CPF: 01095974270

PIS/PASEP:

Inscrição:

Outra Identidade:

Orgão:

...

UF:

Documento: Nascimento

No. do Espelho: 695333

Cartório:

Município: Boa Vista

Data: 09/12/2004

Livro: A-95

Folha: 252

Termo: 67163

Circunscrição:

Portaria Min.:

Documento:

Órgão:

Data:

Mun.:

Autorizador:

N.º do Documento:

Orgão:

UF:

Cartório:

Livro:

Folha:

Termo:

Data do Óbito:

Cútis: Branca
Tipo Cabelo: Ondulado

Olhos: Castanho
Cor Cabelo: Castanho

Altura: 1,69m

DIR.	3	5	3	5	3
ESQ.	2	2	1	2	2



Polegar

Indicador

Médio

Anelar

Mínimo



AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor da SIC



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Instituto de Identificação Odílio Cruz
Ficha Civil

Emissão: 30/01/2020
Login: ROSANA_MOREIRA



RG.: 335674-4

2º Via

Emissão: 15/10/2014

Etnia:

Nome do Cidadão: Leonardo Dias Costa

Nome do Pai: Teonis Barros Costa

Nome da Mãe: Jorgina Dias Costa

Data de Nascimento: 03/12/1989

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nacionalidade: Brasileira

País de Nacionalidade: Brasil

País de Nascimento:

Município de Nascimento: Boa Vista

Grau de Instrução: 1º Grau

Profissão: Estudante, mensageiro, office-boy

Logradouro: RUA Z 07

Número: 1381

Complemento: CASA

Bairro: ALVORADA

Município: Boa Vista

CEP.:

Telefone: 95-91618293

Obs:

CPF: 01095974270

PIS/PASEP:

Inscrição:

Outra Identidade:

Orgão:

...

UF:

Documento: Nascimento

No. do Espelho: 695333

Cartório:

Município: Boa Vista

Data: 09/12/2004

Livro: A-95

Folha: 252

Termo: 67163

Circunscrição:

Portaria Min.:

Documento:

Órgão:

Data:

Mun.:

Autorizador:

N.º do Documento:

Orgão:

UF:

Cartório:

Livro:

Folha:

Termo:

Data do Óbito:

Cútis: Branca
Tipo Cabelo: Ondulado

Olhos: Castanho
Cor Cabelo: Castanho

Altura: 1,69m

DIR.	3	5	3	5	3
ESQ.	2	2	1	2	2



Polegar

Indicador

Médio

Anelar

Mínimo



AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor da SIC

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

NOME: ELOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE FÔRNE EMISSOR: 114807 SSP RR

CPF: 383.091.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

Função: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CALHAS AB

Nº REGISTRO: 01101912304 VALOR: 28/01/2020 EMISSÃO: 15/12/1999

DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO PORTADOR: JOSÉ INACIO DE SOUZA

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

ASSINATURA DO DIRETOR: JOSÉ INACIO DE SOUZA

PRODUTO PLASTIFICAR

980151096

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10 FEB. 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Leonardo Dias Costa
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Mecânico
IDENTIDADE:	335679-4 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Adail Olivio Rosa, 3144, Equatorial

OUTORGADO

NOME:	Lein Góes de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Mecânico
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antônio P. Galvão 1832

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: 12/10/2019, cobertura Invalidade, vitima: Leonardo Dias Costa.

Box Vista 02-01-2020

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL
AQUINO**

169259-5 ele-lablab1b1
Reconheço por: VERDADEIRA a(s) firma(s)
* LEONARDO DIAS COSTA

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelíano e Registrador
Av. Antônio Teixeira, 4307 - Centro - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3622-1000
E-mail: boavista@secerj.ce.gov.br

Em testemunha da verdade, DBA
Do que deu fôr. Boa Vista/RR, 02 de janeiro de 2020
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalseletor.com.br
REC FIR 15629690E4TDBKW033LY84 /

Envolvimentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Selo: R\$ 1,49 Total: R\$ 4,50

Yole
Flávia Carvalho Bahia da Silveira
Assentamento Autônomo

10 FEV. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051124/20

Vítima: LEONARDO DIAS COSTA

CPF: 010.959.742-70

Data do acidente: 12/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DIAS COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA 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

LEONARDO DIAS COSTA : 010.959.742-70

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: 06/02/2020
Nome: LEONARDO DIAS COSTA
CPF: 010.959.742-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

LEONARDO DIAS COSTA

MANOEL COELHO NETO