

PEDIDO DO 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: 025.204.572-60 4 - Nome completo da vítima: Jhellem Costa de Oliveira

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

5 - Nome completo: Jhellem Costa de Oliveira 6 - CPF: 025.204.572-60
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rio Guaciba 9 - Número: 67 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Jardim Bela Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-118
15 - E-mail: quezia.rv@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 941228998

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: 3906 093 CONTA: 00001923 1

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (na 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 (a) (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 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

Assinatura do
Beneficiário
não alfabetizado

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: 09 de março de 2020

Jhellem Costa de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027192/2018-A01

Logradouro: RUA: RIO GUAIBA
Bairro: BELA VISTA
Telefone: (95) 99145-2062 (Celular)

Nº 67

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: 2º Sgt Pm Jorge Garcia

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**Grupo Veículo**

Renavam 1118098541

Número do Chassi *****15723

Cor Vermelha

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAP6525

Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Jhellem Costa Furtado

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Veículo

Placa JWW7982

Ano/Modelo Fabricação 2005/2004

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo GM/S10 TORNADO D

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Número do Chassi *****17728

Cor Preta

Município Veículo Boa Vista

Modelo GM/S10 TORNADO D

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Dennison Fernandes Guerreiro

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

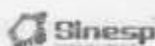
O ROP informa SENHOR (a) DELEGADO (a), Informo que fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e vítima, por condutor apresentando visível estado de embriaguez que fugiu do local sem prestar socorro à vítima, no local acima descrito. Sendo que o veículo S10 de placas JWW-7982, conduzido pelo Sr. Dennison que trafegava na Av. São Sebastião, cruzamento com Av. Mario Homem de Melo, sentido bairro Caraná veio a realizar conversão à esquerda no semáforo, vindo a colidir no veículo HONDA/CG 160 FAN ESDI, dando causa ao Sinistro. Informo também que o veículo Honda/CG 160 fan de placa NAP-6525, conduzido pela Sra. Jhellem trafegava na mesma via, Av. São Sebastião, no bairro Asa Branca, sentido Av. Ataíde Teive. Observou-se que no semáforo ao abrir é estritamente proibido realizar conversão na hipótese do veículo S-10, haja vista que o semáforo estando no verde, os veículos acima supracitados estarão possibilitado a está em movimento na via.

O veículo HONDA/CG, camionete S10, logo após colidir na motocicleta, vindo a arremessar cerca de 30 m, sendo que a motocicleta parou no posto de combustível. Com o impacto a placa dianteira ficou no chão, o condutor não parou deixando de prestar socorro a vítima, ou seja, evadiu-se do local. A, Sra. JHELLEN foi removida pelo SAMU ao Pronto Socorro Francisco Elesbão. Este comandante recebeu informações via rádio CIOPS que a vítima havia fraturado a "bacia" no lado esquerdo e que iria ficar aos cuidados médicos.

Diante dos fatos, a viatura minutos depois ao chegar, recebeu informações que uma motocicleta estava realizando o acompanhamento do veículo S10 e que, imediatamente esta guarnição deslocou ao encontro do condutor do veículo, que parou em sua residência. No local, realizamos contato via CIOPS com o Oficial de Operações, 1º TEN PM WAMBERG, para auxiliar no andamento dos procedimentos.

O DENNISON, depois de desembarcar do veículo, sentou à mesa que estava no quintal, vindo a baixar a cabeça. E, que nesta mesa havia latinhas de cerveja, inclusive na caçamba do veículo. A família do envolvido, no primeiro momento colocou o senhor Dennison no interior da casa. E, posteriormente após realizar contato com advogado apresentou-se espontaneamente sendo conduzido a central de flagrantes sem necessidade de utilização de algemas e técnicas policiais, na presença do Oficial de Operações da área leste.

Os veículos envolvidos foram consultados junto ao DETRAN, estando sem restrições e devidamente licenciados. O veículo



Delegado de Polícia Civil Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Betty Iara Gama Gonzalez
Data de Impressão: 15/08/2018 14:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

HONDA/CG foi entregue na responsabilidade do esposo da vítima, sr. KAIC TEIXEIRA DE OLIVEIRA, CPF 025.012.842-08. E, por falta de meios, o veículo S-10 ficou na residência do proprietário.

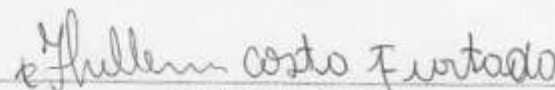
Chegando a delegacia, solicitamos apoio da equipe do DETRAN. O agente de trânsito Dorgival lavrou auto de infração A157 nº 017910, de dirigir veículo automotor sob influência de álcool. De acordo com o Termo de Constatação de sinais de alteração da capacidade psicomotora T151 nº 002279. Foi oferecido ao condutor o teste do etilômetro, o mesmo recusou-se a fazer, pois estava bastante alterado, apresentando odor etílico, olhos avermelhados e voz alterada. E, também se recusou a assinar o auto.

A sra. JHELLEN apresentou sua CNH, sendo retida conforme documento de retenção e remoção nº D153 027028. Apresento o DENNISON, sem escoriações e lesões visíveis para que sejam adotadas as medidas cabíveis. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS



Betty Iara Gama Gonzalez
Responsável pelo Atendimento



Jhellem Costa Furtado
(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 da origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do da Constituição do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027192/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/08/2018 14:09 Data/Hora Fim: 15/08/2018 14:17
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 095445-J Data: 01/07/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 01/07/2018 13:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: AV. SÃO SEBASTIÃO COM MARIO HOMEM DE MELO

Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1215: Conduzir veículo com capacidade psicomotora alterada - álcool - sinais indicadores (Art. 306, § 1º, Inc. II da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DENNISON FERNANDES GUERREIRO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 16/09/1969

Profissão: Motorista de Caminhão

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Neire Fernandes Negreiros

Nome do Pai: Dermival da Silva Guerreiro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 601.285.932-53

RG - Carteira de Identidade: 83487

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PROFESSOR VALDECI BOTOSE

Nº 539

Complemento: CASA

Bairro: Jôquei Clube

Telefone: (95) 99131-5772 (Celular)

Nome Civil: JHELLEM COSTA FURTADO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Vigia

Sexo: Feminino

Nasc: 01/11/1994

Profissão: Vendedor

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Cleonice Costa Furtado

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 025.204.572-60

RG - Carteira de Identidade: 3413470

Endereço

Município: Boa Vista - RR

PEDIDO DO 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: 025.204.572-60 4 - Nome completo da vítima: Jhellem Costa de Oliveira

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

5 - Nome completo: Jhellem Costa de Oliveira 6 - CPF: 025.204.572-60
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rio Guaciba 9 - Número: 67 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Jardim Bela Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-118
15 - E-mail: quezia.rv@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 941228998

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: 3906 093 CONTA: 00001923 1

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (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 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

Assinatura do
representante legal
ou do beneficiário
não alfabetizado

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: 09 de março de 2020

Jhellem Costa de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148646

Vítima: JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: QUEZIA DA SILVA SENA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

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



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148646

Vítima: JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: QUEZIA DA SILVA SENA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Thellem Costa de Oliveira, brasileira, estado civil casada, profissão estudante, portadora da cédula de identidade RG 341347-0 SSP/PA e inscrita no CPF/MF sob o nº 025.204.572-60 residente e domiciliada na Rua Rio Guayba nº 67, Bairro Jardim Bela vista - Cidade: Boa vista - Roraima, Telefone _____

VITIMA: Thellem Costa de Oliveira

CPF: 025.204.572-60 DATA DO ACIDENTE: 01/07/2018

NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO: QUEZIA DA SILVA SENA, brasileira, divorciada, autônomo, portadora da cédula de identidade RG 312095-3 e inscrita no CPF/MF sob o nº 997.750.262-53, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: a OUTROGADA para requerer o seguro DPVAT por _____, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora pertencente ao consorcio DPVAT administrado pela seguradora Lider, em razão de acidente de transito, podendo o requerido(a) Procurado (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos Públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo como fornecer dados para credito de indenização de sinistro DPVAT da Lider conveniadas e a Susep.

Boa vista -RR, 08 de março de 2020



Thellem Costa de Oliveira
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade

Av: Glaycon de Paiva, 3923 - Centro - Boa Vista - RR
Fones: (95) 99122 8898 / 99126 5858



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115704/20

Vítima: JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

CPF: 025.204.572-60

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

QUEZIA DA SILVA SENA : 997.750.262-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA : 025.204.572-60

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: 15/04/2020
Nome: QUEZIA DA SILVA SENA
CPF: 997.750.262-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

QUEZIA DA SILVA SENA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013975609493

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
01

COD. RENAVAM

01118098541

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2019

NOME

JHELLEN COSTA FURTADO

RR

CPF / CNPJ

025.204.572-60

PLACA

NAP6525

PLACA ANT. / UF

CHASSI

9C2K02202HR615723

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESD1

ANO FAB

2017

ANO MOD

2017

CAP / POT / CIL

2P/016200/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

PAGO

VENC. COTA ÚNICA

PAGO

VENC. / COTAS

1° *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2° *****

I
P
V
A

** PAGO COTA ÚNICA **

3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

R\$0,32 R\$84,58

20/05/2019

OBSERVAÇÕES

AL.FID. BANCO HONDA S.A. * PROIB SAIR DA
AMAZON OCID *

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

Igo Gomes Green

Assessor Presidente Estadual

BOA VISTA-RR

DETRAN-RR

DATA

29/05/2019

EXPEDIDOR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013975609493

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
01

COD. RENAVAM

01118098541

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2019

NOME

JHELLEN COSTA FURTADO

RR

CPF / CNPJ

025.204.572-60

PLACA

NAP6525

PLACA ANT. / UF

CHASSI

9C2K02202HR615723

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESD1

ANO FAB

2017

ANO MOD

2017

CAP / POT / CIL

2P/016200/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

PAGO

VENC. COTA ÚNICA

PAGO

VENC. / COTAS

1° *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2° *****

** PAGO COTA ÚNICA **

3° *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

R\$0,32 R\$84,58

20/05/2019

OBSERVAÇÕES

AL.FID. BANCO HONDA S.A. * PROIB SAIR DA
AMAZON OCID *

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

Igo Gomes Green

Assessor Presidente Estadual

BOA VISTA-RR

DETRAN-RR

DATA

29/05/2019

EXPEDIDOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Assinatura do Titular

Jhellem Costa de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 341347-0

DATA DE EXPIÇÃO 18/06/2018

NOME JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO CLEONICE COSTA FURTADO

NATURALIDADE VIGIA - PA

DOC. ORGEM CERTD CAS 15675 FLS 075 LIV 8-53

2º OF BOA VISTA - RR

CPF 025.204.572-60

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO 01/11/1994

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto de Registro do Estado de Roraima

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PL

PROIBIDO PLASTIFICAR

Ortopedia 01-07-18

Lesão do ligamento cruzado anterior com
lesão grau 1 (D)

Do Exame: Dor no joelho

Rx: Fratura do assoalho púbico
Surgimento de fratura de acetábulo (D)

LD: Set TC

TC: Fratura do assoalho púbico

LD: TFO lateral

LD Reparo

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RR 1615

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RR 1615



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800975058	01/07/2018 14:16:11	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	14
Paciente JHELLEM COSTA FURTADO		Data Nascimento 01/11/1994	Idade 23 A 8 M 0 D	CNS	CPF 02520457260
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão	Sexo F	Estado Civil SOLTEIRO(A)
IDENTIDADE 3413470		RAÇA/COR BOA VISTA - RR		Naturalidade BRASILEIRA	Prontuário 00063242
Mãe CLEONICE COSTA FURTADO		Pai IGNORADO		Contato	Ocupação NÃO INFORMADA
Endereço - CISNE - 193 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: ALEXSANDRO PEREIRA		
Queixa Principal <i>Acidente de trânsito ocorrido no</i>					
Anamnese de Enfermagem <i>Transito moto x carro.</i>					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Apresenta escorregão na perna direita</i>					
Exame Físico <i>com queixa de dor local. Lote, estívol hemo clinicamente</i>					
Hipótese Diagnóstica <i>AR MV SIRA</i>					
SADT - Exames Complementares <i>Ortopedia D</i>					
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1. Rx Lateral / perna / queixa C					
2. Tensão de IV					
3. Dor local de IV					
4. Tensão de IV					
Dr. Marcelo Diniz CRM 1869					
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: <i>Ortopedia</i>			☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Novo Plano to. Tel: (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 2ª MAR 2019 S. Pereira Certifico e dou fe que a presente cópia é fiel reprodução original que foi apresentada neste Hospital	
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 01/07/2018 14:17:30					



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: Thellen Costa Furtado

Rx de pulve-AP

30-07-16

DATA 01/07/16

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300, Aeroporto
CEP 69.310-009 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO

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/BIBLIOTECASWEB/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 Quezia da Silva Sene

inscrito (a) no CPF/CNPJ 997.750.262 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jhellem Costa Furtado inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.704.572 / 60

do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Jhellem Costa Furtado

inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.704.572 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>Francisco Inacio de Souza</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Alsa Branca</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>quezia.rr@hotmail.com</u>	CEP: <u>69312-262</u>	Tel.(DDD): <u>95 991228898</u>

Local e Data: Boa Vista 13 Abril de 2020

Quezia da Silva Sene

Assinatura do Declarante



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0080923-3

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 881 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.301-400 (001-44) | Insc. Estadual: 24.907.022-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Imposto autorizada pela SEFAZ RR/19

Nº da Nota Fiscal 4616227

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003, FCM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	06/03/2020	179	124,99
ANTONIO CARLOS NASCIMENTO DE OLIVEIRA		CPF: 00037193228153	
R. RIO GLAIBA 67 - JARDIM BELA VISTA			
CEP: 69.316-118 - BOA VISTA			

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 26445	Atual: 13/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.4.1.1
Anterior: 26266	Anterior: 16/01/2020	Classe/Subclasse: RESID. BK. RENDA
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 13/03/2020	Ligação: MINGO
Constante de multiplicação: 1,000	Emissão: 12/02/2020	Número Medidor: 2109315
Consumo medido: 179	Apresentação: 13/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 179		Modalidade: L 1517974

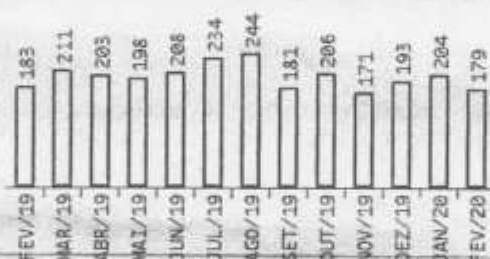
DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$ 0,259229 =	7,77	
	70 A R\$ 0,444397 =	31,10	
	79 A R\$ 0,666603 =	52,66	
SURVENCAO BAIXA RENDA		45,53	
ILUMINACAO PUBLICA			33,46

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA DE ILUMINACAO PUBLICA:
0 A 30 - R\$ 0,259229
31 A 70 - R\$ 0,444397
71 A 179 - R\$ 0,666603

Média 12 meses: 309

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS DEBITOS JA REAVISADOS

Informamos a existência de débitos vencidos no valor de R\$ 132,72 (um acréscimo legal) até este data. Caso o(s) débi- to(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento de Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

Mes/Ano Valor R\$
01/2019 132,72

LIGUE 0800719128 E PAGA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 85D6.8DC0.8AD8.45A8.09EA.9287.EEFB.C71F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:		Encargos:		Base de Cálculo: 91,53	ALÍQUOTA		VALOR
21,66		Tributos:			ICMS:	17,02%	15,56
0,20		17,67			PIS:	0,41%	0,37
					COFINS:	1,91%	1,74

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	OIR			FID			DCCR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Realizado	1,17			1,00			1,17
Conjunto	DISTRITO			Período de apuração: 12/2019			ELUSO 38,28

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115704/20

Vítima: JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

CPF: 025.204.572-60

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

QUEZIA DA SILVA SENA : 997.750.262-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JHELLEM COSTA DE OLIVEIRA : 025.204.572-60

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: 15/04/2020
Nome: QUEZIA DA SILVA SENA
CPF: 997.750.262-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

QUEZIA DA SILVA SENA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO