



Advocacia & Assessoria Jurídica
Profissionalismo e fidelidade com nossos clientes

INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO

“Pelo presente mandato de instrumento particular que fazem entre si as partes abaixo qualificadas, tendo como certo e ajustado o que segue”:

OUTORGANTE: MARCIO NUNES DE SOUSA, brasileiro, solteiro, vigilante, RG: 3771733 SSP/RR e CPF: 018.834.832-80, residente na Rua Antonio Coutrin da Silva, 1769, Santa Luzia, Boa Vista/RR – 69317-176

OUTORGADA: Dra. FABIANA DA SILVA NUNES, inscrita na OAB/RR sob o nº1144-N, inscrita no CPF/MF sob nº 890.312.292-53, com escritório profissional na Av. Nazaré Filgueiras, 2387-B, – Pintelândia – CEP 69.316-715 Boa Vista – RR.

PODERES, Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula “*ad judicia et extra*”, para, em nome do outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, **poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, levantar alvarás, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem**, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, e em especial para o fim de propor **AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL EM FACE DA SEGURADORA LIDER(DPVAT)**.

Boa Vista-RR, 22 de junho de 2020.

Marcio Nunes de Sousa

MARCIO NUNES DE SOUSA
OUTORGANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCIO NUNES DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
3771733 SSP RR

CPF
018.834.832-80

DATA NASCIMENTO
13/05/1991

FEIÇÃO
PEDRO EVANGELISTA DE
SOUSA
FRANCISCA BATISTA DA
SILVA NUNES

PERMISSÃO
ACC
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
05299990291

VALIDADE
04/03/2021

INSCRIÇÃO
13/09/2011

OBSERVAÇÕES

Marcio Nunes de Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
04/03/2016

96856004670
RR208766219

LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
COORDENADOR DE REGISTRO
DE RORAIMA

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1237682170

1237682170

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0046277-2

Nº da Nota Fiscal: 4750854

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM*

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eno Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

CONTA MÊS
MARCO/2020

VENCIMENTO
01/04/2020

CONSUMO (kWh)
187

TOTAL A PAGAR (R\$)
173,07

CPF: 00095516816220

MARCOS JOHNY NUNES DE SOUSA
R. ANTONIO COUTRIM DA SILVA 1769 - SANTA LUZIA
CEP: 69.317-176 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	187	Atual:	10/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Anterior:	9973	Anterior:	06/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	10/04/2020	Ligação:	MONO
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	09/03/2020	Número Medidor:	E2731648
Consumo medido:	187	Apresentação:	10/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	187			Modalidade:	M 1403338

DESCRIÇÃO DA CONTA

187 A R\$ 0,764425 = 142,94

CONSUMO	142,94
CORRECAO MONETARIA DA 01/20-00	0,02
CORRECAO MONETARIA IG 01/20-00	0,35
MULTA POR ATRASO DE I 01/20-00	0,75
JUROS DE MORA POR ATR 01/20-00	0,02
MULTA POR ATRASO 01/20-00	3,55
JUROS DE MORA DE IMPO 01/20-00	0,17
ILUMINACAO PUBLICA	25,27

OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 187 - 0,617770

HISTORICO DE MEDICAO

184	50	1216	172	1220	323	1209	1251	1234	195	187
-----	----	------	-----	------	-----	------	------	------	-----	-----

Anotações Gerais

Anotações Gerais

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

SEÇÃO DE RORAIMA

O(A) Advogado(a) deve comunicar à Secretaria da Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de Roraima qualquer mudança de endereço, nomeação ou exoneração de cargo / função pública; aposentadoria para a devida anotação em seus assentamentos profissionais.

ROLEGAR DIREITO



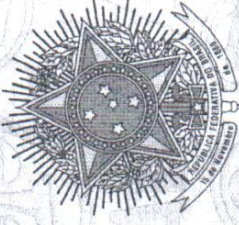


Nº 12194287

Fabiana da Silva Nunes
Assinatura do Titular da Carteira

4

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma previsto no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.
(Artigo 13 da Lei 8.906, de 04-07-94)

Inscrição Nº 1164

Nome FABIANA DA SILVA NUNES

Estado FRANCISCO DAS CHAGAS BATISTA DA SILVA NUNES

Naturalidade TERESINA-PI

Nacionalidade BRASILEIRO(A)

Data de Nascimento 11/06/1987

Data do Compromisso na O.A.B. 29/09/2014

Data de Cessão de Grau 18/09/2014

Data de Expedição 04/12/2014

MF

JORGE DA SILVA FRAXE
PRESIDENTE

2



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0090886-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 5026616

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2020	06/05/2020	588	474,71

FABIANA DA SILVA NUNES
AV NAZARE FILGUEIRAS 2387 1 - PINTOLANDIA
CEP: 69.316-715 - BOA VISTA

CPF: 00089031229253

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 10640	Atual: 20/04/2020	Grupo/Subgrupo: 1.2.1.2
Anterior: 10052	Anterior: 19/03/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 20/05/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/04/2020	Número Medidor: TDB1731788
Consumo medido: 588	Apresentação: 20/04/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 588		Modalidade: M 1405165

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
588 A R\$ 0,764425 =	ILUMINACAO PUBLICA	449,48 25,23



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/05/2020, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencida(s) e já reaviscada(s) no valor de R\$ 616,47 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano	Valor R\$
03/2020	641,38

LIGUE 06007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 74A8.C560.8E1A.E935.BE96.C3F0.9009.249F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 243,05	Encargos: 13,76	Base de Cálculo: 449,48	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 106,45	Tributos: 86,22	ICMS: 17,00%	76,41
Transmissão: 0,00		PIS: 0,38%	1,73
		COFINS: 1,79%	8,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,21			1,00			0,21	
Conjunta	DISTRITO			Período de apuração: 02/2020			EUSD:	198,92

ROT: 8.001.16.10.035405



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0090886-0

TOTAL A PAGAR - R\$
474,71

MÊS FATURADO
04/2020

VENCIMENTO
06/05/2020

Nº da Nota Fiscal: 5026616

FCAM*

83660000004 3 74710075000 5 00000000090 1 88600420008 7



SEQ.: 0132 UC: 0090886-0 DT.LEIT.: 20/04/2020 T.ENTR.: 07
LEITURA: 10640 MODAL: TOTAL: 474,71 CAPCA: 006



**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: 9665/2020 - Registrado em: 26/08/2020 às 13h 18min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 01/02/2020 às 07h 40min

LOCAL DO FATO

Município: AMAJARI

UF: RR

Logradouro: VC 01 PA BOM JESUS

Nº: 701

CEP: 69343-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

Referência: VILA DA BOLA

Complemento: KM 07

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MARCIO NUNES DE SOUSA(29), nascido(a) em 13/05/1991, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 018.834.832-80, País: BRASIL, natural de CAXIAS-MA, filho(a) de FRANCISCA BATISTA DA SILVA e PEDRO EVANGELISTA DE SOUSA, endereço: AMAJARI, Nº: 820, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO DA PRAÇA, Telefone: (95) 98117-286.

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE POR VOLTA DAS 07:40HS DA MANHA DO DIA 01 DE FEVEREIRO DE 2020, O COMUNICANTE JUNTAMENTE COM SENHORA CLEIDE, ESTAVAM SE DESLOCANDO EM SUA MOTO CG FAN 150 CC, DE PLACA NAO6173, NA VICINAL 01 DO AMAJARI, SEGUINDO SENTIDO À VILA BRASIL, PARA A VILA DA BOLA, E DURANTE A TRAVESSIA DA PONTE CHAMADA "PAU BARU", O DESLIZANTE DA PONTE ESTAVA SOLTO, O QUE FEZ COM QUE O MOTORISTA DA MOTOCICLETA PERDESSE O CONTROLE, VINDO A CAIR NAS PEDRAS DO RIO PAU BARU. QUE FICARAM DAS 07:40HS ATÉ AS 13:00HS NO LOCAL, QUANDO FORAM LOCALIZADOS POR MORADORES QUE ESTAVAM PASSANDO, QUE FIZERAM CONTATO COM O SAMU E A POLICIA, PARA FAZER O RESGATE DOS ACIDENTADOS, QUE AO CHEGAREM NO LOCAL, FIZERAM OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E FORAM CONDUZIDOS PARA HOSPITAL DA VILA BRASIL, ONDE O MEDICO OS EXAMINOU E REALIZOU OS PROCEDIMENTOS DE PRAXE, E SOLICITOU QUE ELES FOSSEM CONDUZIDOS PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA- HGR.

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

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRONICAMENTE

MARCIO NUNES DE SOUSA
COMUNICANTE



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:

018.834.832-80

4 - Nome completo da vítima:

Márcio Nunes de Sousa.

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

5 - Nome completo:

Márcio Nunes de Silva.

6 - CPF:

018.834.832-80

7 - Profissão:

Vigilante

8 - Endereço:

Rua Antônio Coutinho da Silva

9 - Número:

1769

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Luzia

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317-176

15 - E-mail:

RYCKY1983@Hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 9148.6087

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)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0250

(Informar o dígito se existir)

X CONTA: 124.054

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 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)

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 de setembro de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01a16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17 Nome completo do Representante Legal Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.

18 CPF do Representante Legal Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.

19 Profissão do Representante Legal Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20 Renda Mensal do Titular da conta Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.

21 Dados bancários Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 Declaração de Ausência de Laudo do IML Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE

23a33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.

35 Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).

36 CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).

37 Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE 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), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38 1ª testemunha Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.

39 2ª testemunha Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40 Local e Data Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.

41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.

42 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.

43 Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Fabiana de S. Nunes inscrito (a) no CPF/CNPJ 890.312.292 / 53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcio Nunes de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 018.834.832 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez Permanente da Vítima
Marcio Nunes de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.834.832 / 80, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declare 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		Número	Complemento
<u>Avenida Nazaré Filgueiras</u>		<u>2387</u>	<u>Escritório</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Pintolândia</u>	<u>Boca Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.316-715</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Fabiana Karla 21@hotmail.com</u>		<u>(95) 3628-1943</u>	<u>(95) 98412-6557</u>

Boca Vista/RR 22 de junho de 2020
Local e Data

Fabiana da Silva Nunes
Assinatura do Declarante