
Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366941

Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Data do Acidente: 25/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/06/2020, emitido pelo Dr. ALBERTO FERREIRA DE SOUZA CRM nº 1617 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 719.602.012-04 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO NOMATO CARVALHO FILHO

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO NOMATO CARVALHO FILHO 6 - CPF: 719.602.012-04
7 - Profissão: MILITAR 8 - Endereço: RUA PIRACARA 9 - Número: 472 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VISCULTEIRA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.341-075
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (92) 99169-8685

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: 4263 3 CONTA: 1011 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (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 (vil 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 - RJ, 29/08/2020

Raimundo N. Carvalho Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 719.602.012-04 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO NOMATO CARVALHO FILHO

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO NOMATO CARVALHO FILHO 6 - CPF: 719.602.012-04
7 - Profissão: MILITAR 8 - Endereço: RUA PIRACARA 9 - Número: 472 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VISCULTEIRA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.341-075
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (92) 99169-8685

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: 4263 3 CONTA: 1011 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vil 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 - RJ, 29/08/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Raimundo N. Carvalho Filho

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

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: 719.602.012-04 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO NOMATO CARVALHO FILHO

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO NOMATO CARVALHO FILHO 6 - CPF: 719.602.012-04
7 - Profissão: MILITAR 8 - Endereço: RUA PIRACARA 9 - Número: 472 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: VISCULTEIRA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69.341-075
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (92) 99169-8685

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: 4263 3 CONTA: 1011 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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 - RJ, 29/08/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Raimundo N. Carvalho Filho

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



Junior

03/07/2020 às 3:15 PM



RORAIMA ENERGIA

Para conferir com a Roraima Energia, digite este número: 0800 0000000

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Cordeiro, 475 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.478/0001-44 | Ins. Estadual: 24.807.922-9

Nº DA NOTA FISCAL: 5479054 FD
A Nota Fiscal de Energia Elétrica nº 5479054 foi criada pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
JUNHO/2020	05/08/2020	435	

ELTANE BARROSO EVANGELISTA
R. PIRARARA 471 - PISCICULTURA
CEP: 69.314-035 - BOA VISTA

CPF: 00067254603

DATAS DA LEITURA

Atual: 25/06/2020 Anterior: 26/05/2020 Próxima leitura: 28/6
Emissão: 24/06/2020 Apresentação: 25/06/2020 Dias de consumo: 30

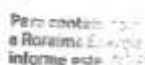
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Fluxo
1.4.1.2	RESID. BX. RENDATIF		TCH1616795	NORMAL	C

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INLETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INLETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INLETADO INTERMED.	kWh RECAPTADO
Leit. Atual	14867						
Leit. Anterior	14432						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	435						
Faturado	435						

DESCRIÇÃO DA CONTA



Nº DA NOTA FISCAL 5485128 FCAM
A Tarifa Social de Energia Elétrica TSEE
Inscrita pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
 instituída pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

10/10/2002 10:10:10 AM 10/10/2002 10:10:10 AM

298 254.87

RONARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF : 88887668658240

DADOS DA LEITURA					
Atual:	13/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Última leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	(1)

DADOS DA LEITURA					
Atual:	13/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Última leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	(1)

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BTF	11ED001198	NORMAL	CONVEN

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BTF	11ED001198	NORMAL	CONVEN

		CARGOS DE LECTURA (kWh)					
	km.	100% PTA		100% F.PONTO		100% INTERMED.	
		RESERVADO	TOT/PTA	RESERVADO	TOT/F.PONTO	RESERVADO	TOT/INTERMED.
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

		CARGOS DE LECTURA (kWh)					
	km.	100% PTA		100% F.PONTO		100% INTERMED.	
		RESERVADO	TOT/PTA	RESERVADO	TOT/F.PONTO	RESERVADO	TOT/INTERMED.
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

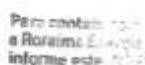
CONSUMO	298 A R\$	298,00	298,00
ILUMINACAO PUBLICA		298,00	298,00

CONSUMO	298 A R\$	298,00	298,00
ILUMINACAO PUBLICA		298,00	298,00

POSTSCRIPT

TARIFA SEN TREINING:
R\$ 280 - R\$ 617,77

0 12 13 10 123 194 106 2 2 2 2



ROMANA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.476/0001-44 | Mec. Estadual 24.007.073-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série D-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAL 368/73

Nº DA NOTA FISCAL 5485128 FCAMP

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

0032588-0

CONTA MÊS	VENCIMENTO	DE	PARA
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,87

RONARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF : 88887668658240

Atual:	15/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	(1)

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

	CÍRCULOS DE CINTURA (KWH)							
	KWH TOTALITA	KWH TOTAUTA	KWH F.PONTA	KWH BUSTADO F.PONTA	KWH INTERMED	KWH BUSTADO INTERMED	VOLTA RESERVADO	KWH BUSTADO RESERVADO
Leit. Atual	27842							
Leit. Anterior	27544							
Constante	1,000							
Resíduo								
Médo	298							
Faturador	296							

CONSUMO	298 A R\$	298,00	298,00
ILUMINACAO PUBLICA		298,00	298,00

TARIFA SEN TRIBUTOS:
R\$ A 290 - 0.617770

POSTSCRIPT

0	12	13	50	123	194	106	2				
---	----	----	----	-----	-----	-----	---	--	--	--	--

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBI/LOTECAWEB/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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 719.602.012, 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012, 04, 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 GIDEÃO</u>	Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>195199169-3685</u>	

BOA VISTA, 04 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

x _____
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBI/LOTECAWEB/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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 719.602.012, 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.602.012, 04, 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 GIDEÃO</u>	Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>195199169-3685</u>	

BOA VISTA, 04 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

x _____
Assinatura do Declarante



2001252161

25/06/2020 09:19:19

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 5

Paciente

RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Data Nascimento

17/05/1982

Idade

38 A 1 M 8 D

CNS

704500319220810

CPF

71960201204

Prontuário

00155065

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

SOLTEIRO (APARDA

Raça/Cor

Naturalidade

SANTA INES - MA

Nacionalidade

BRASILEIRA

IDENTIDADE 192.578

SSP/RR

29/11/2002

Mãe

MARIA DE FATIMA ROGERIO CARVALHO

Endereço

RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR

Pai

RAIMUNDO NONATO CARVALHO

Contato

(95) 99139-9812

Ocupação

POLICIAL

MILITAR

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

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

ERBEJONE.SIMPLICIO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Tramete contra pulso @

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1. Al. Ortopedia

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Paulo Viegas
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRG. EDUARDO GOMES, S/N
NOVO PIRARARA - RR - 69200-000

1 AGO 2020

Shirley

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erbejone.simplicio

Data Hora: 25/06/2020 09:20:14

© 2020
Sistema - Desenvolvido em Tecnologia
de Informação e Comunicação
em Saúde (TICS)



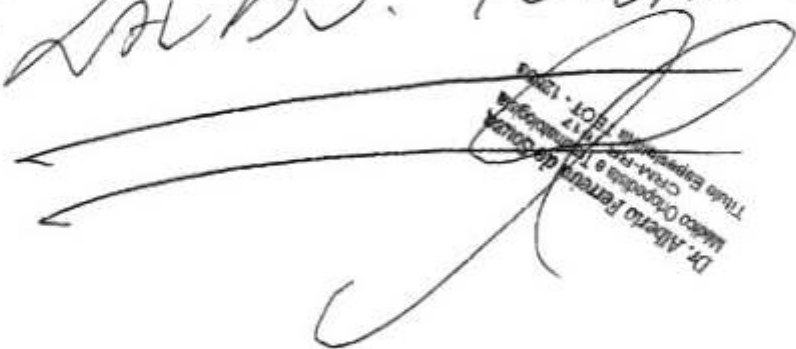
2001252161

Certo 70111

Uomo con PAVAS JM
Punko @.

Rx con PAVAS DE
Romp DISTO Sum
NUSIO TDO CONFERVARE

vel. GUSIO + DINET
JMB. + PAVAS
+ LADDO. 40 DINT





03/07/2020 às 3:15 PM





2001252161

25/06/2020 09:19:19

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 5

Paciente

RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

Data Nascimento

17/05/1982

Idade

38 A 1 M 8 D

CNS

704500319220810

CPF

71960201204

Prontuário

00155065

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

SOLTEIRO (APARDA

Raça/Cor

Naturalidade

SANTA INES - MA

Nacionalidade

BRASILEIRA

IDENTIDADE

192.578

SSP/RR

29/11/2002

M

SOLTEIRO (APARDA

Naturalidade

SANTA INES - MA

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

MARIA DE FATIMA ROGERIO CARVALHO

Pai

RAIMUNDO NONATO CARVALHO

Contato

(95) 99139-9812

Endereço

RUA - PIRARARA - 471 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR

Ocupação

POLICIAL

MILITAR

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

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

ERBEJONE.SIMPLICIO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Tramete contra pulso @

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1. Al. Ortopedia

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Paulo Viegas
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRG. EDUARDO GOMES, S/N
NOVO PIRARARA - RR, 69200-000

1 AGO 2020

Shirley

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erbejone.simplicio

Data Hora: 25/06/2020 09:20:14

© 2020
Sistema - Desenvolvido em Tecnologia
de Informação e Comunicação
H. G. 2020 - 10.002



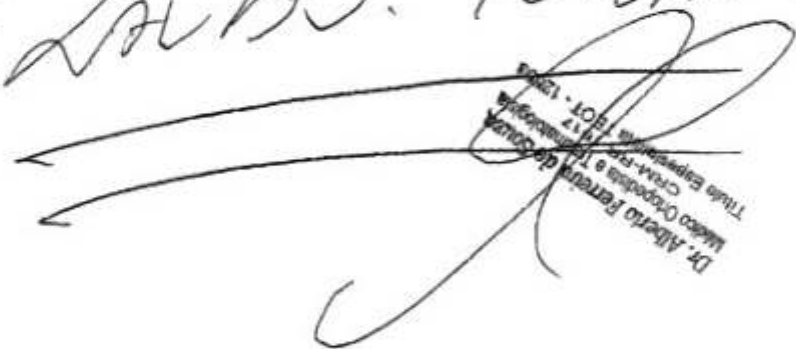
2001252161

Certo 70111

Uomo con PAVAS JM
Punko @.

Rx con PAVAS DS
Romp DISTO Sum
NUSIO TDO CONFERVARE

vel. GUSIO + DINET
JMB. + APPROVARE
+ LADDO. 40 DINT





03/07/2020 às 3:15 PM







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013774774950

PLACA: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

PLACA: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

RR Nº 013774774950 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.508/0001-04

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

VEÍCULO: 1570
DATA DE EMISSÃO: 28/01/2013

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RAIMUNDO NONATO DA CONCEIÇÃO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE PORTARIA RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.878.292-94 ENDEREÇO: RUA SARGINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA - KACAIMA
CEP: 69

VITIMA:

CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: LESE SANTANA FEITOZA CUNHA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: OUTORGADO
Nº. DO RG: 14876394-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 627.942.903-69
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO N° 312 BAIRRO: NOVA CANA

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (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 também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA RR 12 de MAIO de 2020

Raimundo Nonato da Conceição
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RAIMUNDO NONATO DA CONCEIÇÃO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGENTE PORTARIA RG: 62.738 SSP/RR
CPF: 225.878.292-94 ENDEREÇO: RUA SARGINHA N° 803
BAIRRO: SANTA TEREZA CIDADE: BOA VISTA - KACAIMA
CEP: 69

VITIMA: _____
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: LESE SANTANA FEITOZA CUNHA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: OUTORGADO
Nº. DO RG: 14876394-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 627.942.903-69
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO N° 312 BAIRRO: NOVA CANA

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (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 também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA RR 12 de MAIO de 2020

Raimundo Nonato da Conceição
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200366941 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO **Data do acidente:** 25/06/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (SEM DESVIO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255218/20

Vítima: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

CPF: 719.602.012-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/06/2020

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

RAIMUNDO NONATO CARVALHO FILHO : 719.602.012-04

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: 10/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO