

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190493943**

**Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190493943**

**Vítima: ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

**Data do Acidente: 05/12/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROZANGELA SANTOS RODRIGUES**

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



# 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:

018.122.585-51

4 - Nome completo da vítima:

Rozangela Santos Rodrigues

5 - Nome completo:

Rozangela Santos Rodrigues

6 - CPF:

018.122.585-51

7 - Profissão:

Desempregada

8 - Endereço:

Rua do Cemitério

9 - Número:

24

10 - Complemento:

Quadrado 1

11 - Bairro:

maria Madalena

12 - Cidade:

gabriatuba

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

149460-000

15 - E-mail:

(A) 3222-0317

## 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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: Promer (0117)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0411

CONTA: 01009529

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer (valnasor)?

Sim

Não

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

INVESTPREV

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

22 AGO 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Manaus-SE 21.08.2019

Rozangela Santos Rodrigues

Giovanni Marques de Carvalho (Int. Abreu)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INVESTPREV  
22 AGO 2019



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

729

OCORRÊNCIA: 83522510  
Comunicação: C2074182  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1480644 - FABRICIO SOUZA MARINHO Data/Hora do Acidente (hora local): 05/12/2016 17:25 BR: 101 KM: 45,3  
Município/UF: JAPARATUBA/SE Tipo de Acidente: Colisão traseira Sentido da Via: Crescente  
Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente  
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro  
Houve danos ao patrimônio da União? Não  
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do:

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 2,8

Possui defensa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 1 Tipo de inclinação: Elevação

Obstáculo ao Cruzamento: Muro Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre

Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2

Tipo de Pavimento: Concreto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

INVESTPREV

22 AGO 2019

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

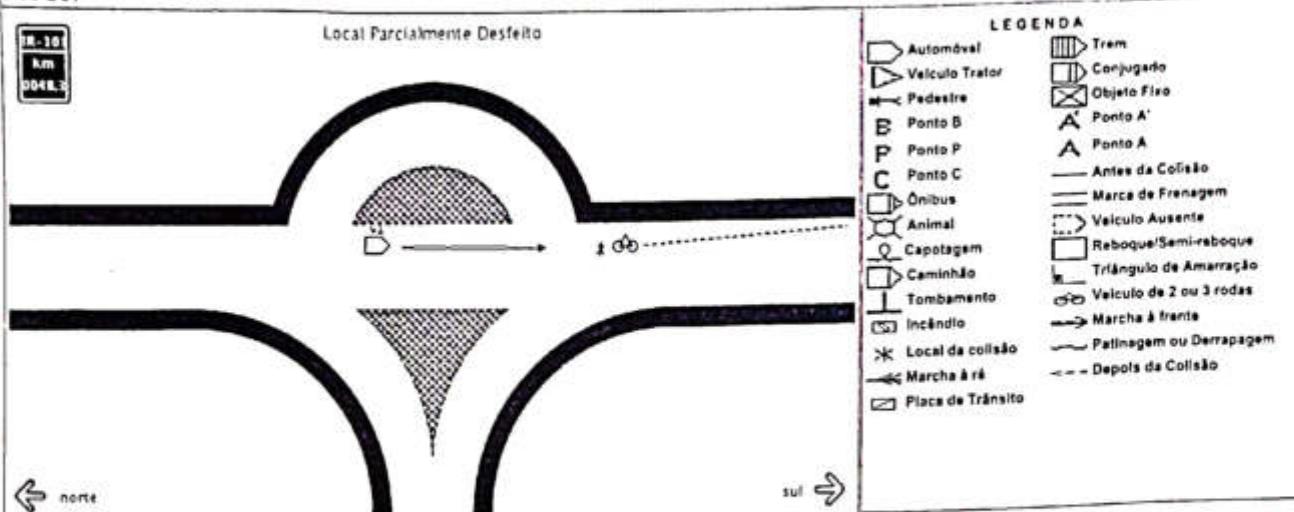
\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 8



\* STATUS DA OCORRÊNCIA:

CROQUI



Latitude do Ponto C:

Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A':

Referência do Ponto B:

Distância AB (m):

Distância AC (m):

Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

CONFORME AVERIGUAÇÕES FEITAS NO LOCAL DO ACIDENTE, CORROBORADAS COM DECLARAÇÃO VERBAL DE TESTEMUNHAS, VERIFICAMOS QUE V1 - VEÍCULO BRANCO, ATINGIU V2 - MOTOCICLETA E EVADIU-SE, VINDO O MOTOCICLISTA A PERDER CONTROLE E CAIR.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa:  Sequencial:  Descrição:  Chassi:  Renavam:

Marca/Modelo:  Cor:  Ano:  Tipo:  Automóvel Emplacamento:

Ocupantes:  Espécie:  Categoria:

Proprietário:  não identificado CPF/CNPJ:  000.000.000-00

Endereço:  CEP:

Município/UF:  Telefones:

Celular:

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1:  Placa U2:  Placa U3:  Placa U4:

Origem:  BRASIL Destino:  BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente:  Seguiu fluxo Saída de Pista?  Não Derrapagem?  Não Capotagem?  Não Tombamento?  Não

Colisão com Objeto Fixo:  Não Houve Colisão com Objeto Móvel:  Não Houve Incêndio?  Não

Marcas de Frenagem (m):  0.0 Estado dos Pneus:  Não Há

Descrição do Recolhimento:

**DADOS DA CARGA**

Carregamento:  Houve Derramamento de Carga?  Não Extensão dos Danos:  Moeda:  Real-R\$

Valor Total da Carga:  R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor:  Data/Hora da Recepção (hora local):  Motivo:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF:  Descrição do Encaminhamento:

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

- Placa: NVG-0641 Sequencial:  V2 Descrição:  Chassi:  9C2KC1670BR304788 Renavam:  00274641402

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Cor:  PRATA Ano:  2011 Tipo:  Motocicletas Emplacamento:  JAPARATUBA/SE

Ocupantes:  2 Espécie:  Passageiro Categoria:  Aluguel

Proprietário:  ELIONALDO B. DOS SANTOS CPF/CNPJ:  00.000.725/1575-93

Endereço:  CEP:

Município/UF:  Telefones:

Celular:

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1:  Placa U2:  Placa U3:  Placa U4:

Origem:  BRASIL Destino:  BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente:  Seguiu fluxo Saída de Pista?  Não Derrapagem?  Não Capotagem?  Não Tombamento?  Não

Colisão com Objeto Fixo:  Não Houve Colisão com Objeto Móvel:  Não Houve Incêndio?  Não

Marcas de Frenagem (m):  0.0 Estado dos Pneus:  Bom

Descrição do Recolhimento:

**DADOS DA CARGA**

Carregamento:  Houve Derramamento de Carga?  Não Extensão dos Danos:  Moeda:  Real-R\$

Valor Total da Carga:  R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor:  Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local):  05/12/2016 18:00 Motivo:  Devolução

Responsável pela Recepção:  GIVANIO SANTOS RODRIGUES

Documento do Responsável:  58821856534

Município/UF:  JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento:  IRMAO DO CONDUTOR

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

Encerrada

\* STATUS DA OCORRÊNCIA:

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: V1/ EVADIU-SE

Nome/Apelido: NAO IDENTIFICADO

Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil: [ ]

Nome do Pai: [ ]

Nome da Mãe: [ ]

Endereço: [ ] CEP: [ ]

Município/UF: [ ] Telefones: [ ] Celular: [ ]

Grau de Instrução: [ ]

Naturalidade: [ ] Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: [ ]

CPF: [ ] Documento de Identificação: [ ] Orgão Expedidor: [ ]

Origem: [ ] Destino: [ ]

Estado Físico: [ ] Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração: [ ]

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: [ ] Registro CNH: [ ] Primeira Habilitação: [ ]

Validade CNH: [ ] País CNH: [ ] Dormia? Não Km Percorridos: [ ] Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: [ ]

Informações Complementares: [ ]

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

Tipo de Receptor: [ ] Responsável pela Recepção: [ ]

Documento do Responsável: [ ] Data/Hora da Recepção (hora local): [ ]

Município/UF: [ ] Motivo: [ ]

Descrição do [ ]

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: V2/NVG-0641

Nome/Apelido: GILVAN SANTOS RODRIGUES

Data de Nascimento: [ ] Sexo: Masculino Estado Civil: [ ]

Nome do Pai: [ ]

Nome da Mãe: [ ]

Endereço: [ ] CEP: [ ]

Município/UF: [ ] Telefones: [ ] Celular: [ ]

Grau de Instrução: [ ]

Naturalidade: [ ] Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: [ ]

CPF: 013.899.925-27 Documento de Identificação: [ ] Orgão Expedidor: [ ]

Origem: [ ] Destino: [ ]

Estado Físico: [ ] Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração: [ ]

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 02533852367/SE Primeira Habilitação: 22/09/2002

Validade CNH: 18/11/2020 País CNH: [ ] Dormia? Não Km Percorridos: [ ] Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: [ ]

Informações Complementares: [ ]

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: PLANTAO

Documento do Responsável: 00 Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00

Município/UF: JAPARATUBA/SE Motivo: Socorro

Descrição do [ ]

2018-03-22 10:09:21

2018-03-22 10:09:21

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510  
 Comunicação: C2074182  
 \* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa:  Sequencial:  Descrição:  Chassi:  Renavam:   
 Marca/Modelo:  Cor:  Ano:  Tipo:  Emplacamento:   
 Ocupantes:  Espécie:  Categoria:   
 Proprietário:  não identificado CPF/CNPJ:  000.000.000-00  
 Endereço:  Telefones:   
 Município/UF:  CEP:   
 Celular:

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1:  Placa U2:  Placa U3:  Placa U4:   
 Origem:  BRASIL Destino:  BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente:  Seguiu fluxo Saída de Pista?  Não Derrapagem?  Não Capotagem?  Não Tombamento?  Não  
 Colisão com Objeto Fixo:  Não Houve Colisão com Objeto Móvel:  Não Houve Incêndio?  Não

Marcas de Frenagem (m):  0.0 Estado dos Pneus:  Não Há

Descrição do Recolhimento:   
**DADOS DA CARGA**

Carregamento:  Houve Derramamento de Carga?  Não Extensão dos Danos:  Moeda:  Real-R\$  
 Valor Total da Carga:  R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor:  Data/Hora da Recepção (hora local):  Motivo:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF:  Descrição do Encaminhamento:

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: NVG-0641 Sequencial:  V2 Descrição:  Chassi:  9C2KC1670BR304788 Renavam:  00274641402  
 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Cor:  PRATA Ano:  2011 Tipo:  Motocicletas Emplacamento:  JAPARATUBA/SE  
 Ocupantes:  2 Espécie:  Passageiro Categoria:  Aluguel  
 Proprietário:  ELIONALDO B. DOS SANTOS CPF/CNPJ:  00.000.725/1575-93  
 Endereço:   
 Município/UF:  Telefones:   
 Celular:

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1:  Placa U2:  Placa U3:  Placa U4:   
 Origem:  BRASIL Destino:  BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente:  Seguiu fluxo Saída de Pista?  Não Derrapagem?  Não Capotagem?  Não Tombamento?  Não  
 Colisão com Objeto Fixo:  Não Houve Colisão com Objeto Móvel:  Não Houve Incêndio?  Não

Marcas de Frenagem (m):  0.0 Estado dos Pneus:  Bom

Descrição do Recolhimento:   
**DADOS DA CARGA**

Carregamento:  Houve Derramamento de Carga?  Não Extensão dos Danos:  Moeda:  Real-R\$  
 Valor Total da Carga:  R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor:  Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local):  05/12/2016 18:00 Motivo:  Devolução

Responsável pela Recepção:  GIVANIO SANTOS RODRIGUES

Documento do Responsável:  58821856534

Município/UF:  JAPARATUBA/SE Descrição do Encaminhamento:  IRMAO DO CONDUTOR

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
 NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83522510

Comunicação: C2074182

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo V2/NVG-0641 /

Nome/Apelido: ROSANGELA RODRIGUES

Sexo: Feminino

Data de

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

CEP:

Município/UF:

Naturalidade:

Nacionalidade:

BRASIL

CPF:

Documento de Identificação:

Orgão Expedidor:

Telefones

Estado Civil:

Grau de Instrução:

Ocupação Principal:

Origem:

Destino:

Estado Físico: Lesões Leves

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Não Aplicável

Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU

Responsável pela Recepção: PLANTAO

Documento do Responsável: 00

Data/Hora da Recepção (hora local): 05/12/2016 18:00

Município/UF: JAPARATUBA/SE

Motivo: Socorro

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afab59295317

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo:	V1				Placa:						
Nome do Agente/Assinatura:	FABRICIO SOUZA MARINHO				Nº BOAT:	83522510					
Registro/Matricula do Agente:	1480644				Data:	05/12/2016 17:25					
<b>ITENS DE DANOS</b>											
Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1		X		27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1		X		34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1		X	
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":				0	
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":				0	
Total de pontos "SIM" + "NA":										0	

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN	X		58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI	Placa: NVG-0641
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	Nº BOAT: 83522510
Registro/Matrícula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassis).	2	X		
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X		
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":		10			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21  
NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

83522510

Comunicação:

C2074182

Encerrada

\* STATUS DA OCORRÊNCIA:

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 / HONDA/CG 150 FAN ESI	Placa: 1IVG-0641
Nome do Agente/Assinatura: FABRICIO SOUZA MARINHO	Nº BOAT: 83522510
Registro/Matricula do Agente: 1480644	Data: 05/12/2016 17:25

SEM FOTO

Frente

Traseira

SEM FOTO

SEM FOTO

INVESTPREV

22 AGO 2019

Lateral Esquerda

Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

Internet do posto não consegue enviar fotos do smart para email

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/03/2018 10:09:21

NÚMERO DE CONTROLE: 9b2afbab59295317

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 8

# 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:

018.122.585-51

4 - Nome completo da vítima:

Rozangela Santos Rodrigues

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

5 - Nome completo:

Rozangela Santos Rodrigues

6 - CPF:

018.122.585-51

7 - Profissão:

Desempregada

8 - Endereço:

Rua do Cemitério

9 - Número:

24

10 - Complemento:

Quadrado 1

11 - Bairro:

maria Madalena

12 - Cidade:

ppiatuba

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

219460-000

15 - E-mail:

(11) 3222-0327

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: Promer (017)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

0109529 0

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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  Sim  
teve filhos?  Não

29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascer?  Sim  
 Não

31 - Vítima  
teve irmãos?  Sim  
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou  Sim  
pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

INVESTPREV

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

22 AGO 2019

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Rio das Ostras - RJ - 21.08.2019

Rozangela Santos Rodrigues

Gilmar Marçal de Carvalho Lima Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



INVESTPREV  
22 AGO 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 450837

DATA: 05/12/2016 HORA: 19:18 USUARIO: ELMENEZES

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

NOME

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

PS-Adulto

IDADE

ROZANGELA SANTOS RODRIGUES

DOC...:

ENDERECO

33 ANOS NASC: 13/01/1983

SEXO...: FEMININO

COMPLEMENTO

R DO TABULEIRO

NUMERO: 73

MUNICIPIO

706701521308311

BAIRRO: CENTRO

UF: SE CEP...:

NOME PAI/MAE

JAPARATUBA

/JOSE ROCHA DOS SANTOS

RESPONSAVEL

MARIA BISPO SANTOS

TEL...: 9820-6255

PROCEDENCIA

IOLANDA/ IRMA

ATENDIMENTO

JAPARATUBA

ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIA

NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TRAUMA: NAO

PA: [ ] mmHg ]

PULSO: [ ]

TEMP.: [ ]

PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES:

[ ] RAIO X

[ ] LIQUOR

[ ] SANGUE

[ ] ECG

[ ] URINA

[ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS:

[ ] SIM

[ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 05/12/16

Paciente trazida pelo SAMU, 1046, vítima de colisão moto x carro. Glasgow 15, refere dor em mi com deformidade. Abdome - NDN Torax - S/alterações

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

INVESTPREV

22 AGO-2019

CID:

Rfn  
Dra. Rosana Freitas  
Cirurgia Plástica  
CRM-4285

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Kejor 05g IV de momento

Profund 100mg IV de momento

raio X mi e AP e P (tibia e fibula + joelho)

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO HORA DA SAIDA: : :  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [ ] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APoS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

Assinatura do paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

REALIZADO EM 05/12/16

05/12/16 # Linha Geral

AS HORAS

25h Paciente apresenta fratura em fibula

TÉCNICO DE RADIOLOGIA

Cd = Av. Autópsica

M. C. C. L. L. S. S. S.

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo  
VALOR FIXO PAGO PELA CONTA DE CONSUMO  
VALOR PAGO PELA CONTA DE CONSUMO - INSCRIÇÃO CIVIL  
Nº 012.114.899



ENERGISA BAHIA-ESTRIB.ENERGIA SA  
Rua Min. Agostinho Sales, 81 - Inácio Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 49900-150  
CNPJ 13.017.462/0001-43 - Inscrição Est. 275.787.428

## DADOS DO CLIENTE

GILVAN SANTOS RODRIGUES  
RUA DO CEMITERIO 29 QUINTAL  
JAPARATUBA

CEP: 49960-000

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/914952-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

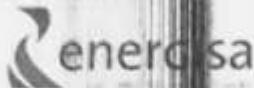
21/03/2019

117

28/03/2019

R\$ 102,96

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



GILVAN SANTOS RODRIGUES  
Roteiro: 13-260-820-0135  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

VENCIMENTO	TO	A PAGAR	MATRÍCULA
28/03/2019	TO	102,96	914952-2019-03-9

INVESTPREV

22 AGO 2019



Nº da Conta: 0268986363  
 Mês de referência: 05/2019  
 Período: 25/04/2019 a 24/05/2019  
 Data de emissão: 01/06/2019

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI  
 AV AUGUSTO MAYNARD, 554  
 AND 1  
 SAO JOSE  
 49015-380 ARACAJU - SE

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Fale conosco: Central de Relacionamento  
 \*8486 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)

Telefonica Brasil S.A.  
 Avenida Barão de Maruim, 304  
 CEP: 49010-340 - Aracaju - SE  
 I.E.: 27.106.814-0  
 CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62  
 CNPJ Filial :02.558.157/0025-30

Vencimento  
**10/06/2019**

**Total a Pagar - R\$**  
**51,59**

**Seus Números Vivo**  
**79-99969-0167**

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
<b>Serviços Contratados</b>						
VIVO CONTROLE DIGITAL-2,5GBILIM_- VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	49,99	-	-	49,99
<b>Subtotal</b>			0,00	-	-	<b>49,99</b>
<b>Outros Lançamentos</b>						
Encargos Financeiros						1,60
<b>Subtotal</b>						<b>1,60</b>
<b>INVESTPREV</b> <b>22 AGO 2019</b>						
<b>TOTAL A PAGAR</b>						<b>51,59</b>

**MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ**

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em [vivo.com.br/app](http://vivo.com.br/app) e navegue sem consumir seu pacote de dados

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

**JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTI**

Vencimento

**10/06/2019**

Total a Pagar - R\$

**51,59**

Cód. Débito Automático **0268986363-9**

Nº da Conta **0268986363**

Mês Referência **05/2019**

8466000000000

515900420016

102689863631

051961906107

Autenticação Mecânica



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Jônio Marcelo de Camargo Lima Robertina

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 069.129.729 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Reganella Santos Rodrigues Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.122.555 / 51

do sinistro de DPVAT cobertura Impedimento da Vítima Reganella Santos Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.122.585 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Residência Júlio Góes Maynard</u>	Número:	<u>804</u>	Complemento:	<u>1º andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Macajú</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:				CEP:	<u>199015-380</u>

Local e Data: Macajú-SE, 21.08.2019

Jônio Marcelo de Camargo Lima Robertina

Assinatura do Declarante