

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200351689

Vítima: MAIK GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 03/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAIK GOMES DA SILVA

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 4 - Nome completo da vítima:

039.260.012-39

MAIK GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

MAIK GOMES DA SILVA

ADJUDANTE PEDAGOGO

SÃO BENTO

Boa Vista

amadeu.antonio@bol.com.br

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\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3190 013 CONTA: 00050203 5 AGÊNCIA: CONTA:

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 (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 Lider 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 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 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/PE 15 de Setembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 10591/2020 - Registrado em: 08/09/2020 às 16h 15min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 03/08/2020 às 06h 30min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

Logradouro: LAURA CORREA MOREIRA

Bairro: SÃO BENTO

Referência: PROXIMO BAR

Complemento: CASA

UF: RR

Nº: 634

CEP: 69315-656

Tipo de local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

MAIK GOMES DA SILVA(23), nascido(a) em 07/04/1997, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AJUDANTE DE PEDREIRO, CPF Nº 037.260.012-39, País: BRASIL, natural de SANTAREM-PA, filho(a) de MARIA LEILA FERREIRA DA SILVA e MANOEL GOMES DA SILVA, endereço: LAURA CORREA MOREIRA, cep: 69315-656, Nº: 634, bairro: SÃO BENTO, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO BAR, Telefone: (95) 99120-0491.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

MAIK GOMES DA SILVA, TRAFEGAVA COM SUA MOTO DE PLACA JWV 1732, RENAVAN 008214900, NA RUA RIO QUINO QUANDO UM CARRO DE MARCA FIAT UNO, VINHA NA RUA TV SANTA FE, MESMO VEIO COLIDIR COM MOTO MESMO FUGIU DO LOCAL SE PRESTA SOCORRO A VITIMA ESSE E RELATO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

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

JOSÉ R. C. ARAÚJO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000432  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
MAIK GOMES DA SILVA  
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: 4 - Nome completo da vítima:

039.260.012-39

MAIK GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

MAIK GOMES DA SILVA

ADJUDANTE PEDAGOGO

SÃO BENTO

Boa Vista

amado.antonio@bol.com.br

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\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3190 013 CONTA: 00050203 5 AGÊNCIA: CONTA:

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 (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 Lider 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 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - Assinatura 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/PE 15 de Setembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**BORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Garcez, 491 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 00.341.476/0001-44 | Ins. Estadual: 24.807.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 348/13

**Nº DA NOTA FISCAL:** 5834043 **FCAH\***  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	06/09/2020	236	216,02

ORLANDO JUNIO SILVA DE LIMA  
CPF: 00086635280278  
R. LAURA CORREA MOREIRA 634 Q 585 LT 445 - SAO BENTO  
CEP: 69.315-656 - BOA VISTA

DATAS DA LETURA			
Atual:	19/08/2020	Anterior:	21/07/2020
Emissão:	18/08/2020	Apresentação:	19/08/2020
		Próxima leitura:	18/09/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1730921	NORMAL CONVENC

DADOS DA LETURA (kWh)								
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	3707							
Leit. Anterior	3471							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	236							
Faturado:	236							

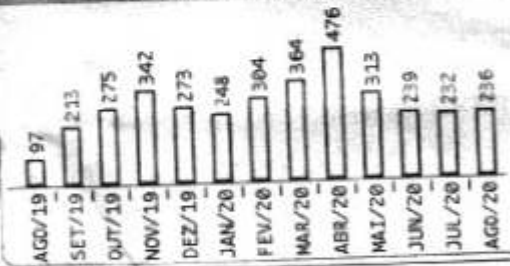
CONSUMO	236 A R\$ 0,786015 =	185,49
CORRECAO MONETARIA IG 06/20-00		0,24
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00		0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00		0,12
MULTA POR ATRASO 06/20-00		3,61
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00		0,90
ILUMINACAO PUBLICA		24,92

## OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 236 - 0,517778

Média 12 meses: 261

## HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/09/2020. O consumidor deve pagar a conta antes da suspensão. Também é incluído no nome do consumidor na cobrança. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mês/Ano Valor R\$  
08/2020 207,26

## MENSAGENS IMPORTANTES

## REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800781328 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO: 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO CE75.357A.A46B.3745.1DCC.4B01.E17D.9556

## COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	97,55
Distribuição:	42,73
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,52
Perdas:	

## IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	185,49
Alíquota:	VALOR
ICMS: 17,00%	31,53
PIS: 0,65%	1,21

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	0,08		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	1,00		
DMIC	Mensal	DICM	Mensal
Limite	4,82	Limite	
Realizado	0,08	Realizado	
Consultar:	Mês seguinte	FUO:	



CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	11/09/2020	485	435,07

ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES  
CPF: 00057064261200  
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA  
CEP: 69.312-285 - BOA VISTA

DATAS DA LETURA			
Atual:	25/08/2020	Anterior:	27/07/2020
Emissão:	24/08/2020	Apresentação:	25/08/2020
		Próxima leitura:	24/09/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	12LDT00308	NORMAL CONVENC

DADOS DA LETURA (kWh)					
	kWh TOT/PTA	INLETADO TOT/PTA	kWh F.FONTA	INLETADO F.FONTA	INLETADO INTERMED.
Leit. Atual	6279				
Leit. Anterior	5794				
Constante	1,000				
Resíduo					
Medido	485				
Faturado	485				

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	485 A R\$ 0,786015 = 381,21
CORRECAO MONETARIA IG 07/20-00	2,00
MULTA POR ATRASO DE I 07/20-00	0,68
JUROS DE MORA POR ATR 07/20-00	0,02
MULTA POR ATRASO 07/20-00	26,88
JUROS DE MORA DE IMPO 07/20-00	1,34
ILUMINACAO PUBLICA	22,85

OUTRAS INFORMAÇÕES  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 485 - R\$ 517,770

Média 12 meses: 1274

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007215120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 24/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO FF29.004F.B956.8A4F.CSDC.16FB.87D9.C600

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia:	200,48
Distribuição:	87,80
Transmissão:	0,00
Encargos:	11,35
Perdas:	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Base de Cálculo:	381,21
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS: 17,00%	64,80
PIS: 0,65%	2,49
COFINS: 3,75%	14,29
Tributos:	81,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,92		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	1,00		
DMIC	Mensal	DICR	Mensal
Limite	4,99	Limite	
Realizado	0,92	Realizado	
Conjunta:	Mês apuração:	EUSD:	
FLORESTA	06/2020	330,33	

# 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/BIBLIOTECASWEB/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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RONALDO DE SOUZA COSTA  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 616535942 / 168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAIK GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.260.012 / 39  
 do sinistro de DPVAT cobertura FURTO INVAZÃO da Vítima MAIK GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.260.012 / 39 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

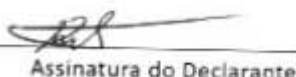
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 MARIA EUDRIGUES DOS SANTOS</u>		Número: <u>996</u>	Complemento: <u>GRATUITO</u>
Bairro: <u>ASA BRANCA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>POPAÍMA</u>	CEP: <u>69312-285</u>
E-mail: <u>ronaldo.costa2012@gmail.com.br</u>		Tel. (DDD): <u>095991190318</u>	

Local e Data: Boa Vista/PR 15 de SETEMBRO de 2020

  
 Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

2001259670

03/08/2020 07:04:35

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

1

Paciente

MAIK GOMES DA SILVA

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

IDENTIDADE

Mãe

MARIA LEILA FERREIRA DA SILVA

Endereço

RUA - NI - NI - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

07/04/1997

Idade

23 A 3 M 26 D

CNS

CPF

03726001239

Prontuário

Sexo

M

Estado Civil

NAO INFORMADO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

TRANSPORTADO POR TER

Procedimento Sol.

Registrado por:

ERBEJONE.SIMPLICIO

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente de moto x carro

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 07:05h)

Paciente vítima de acidente carro x moto, motorista do carro por ter seccado, PCT apresenta dor em ombro (E), no palmo apresenta Alteração na região acromioclavicular (E)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Provável fratura em região do ombro.

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

(1) Ketorolac 40mg  
(2) Difenidol 1g  
(3) Ibuprofeno  
(4) Paracetamol

Shell  
CONFERE COM ORIGINAL  
04 SET. 2020

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ 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: 03/08/2020 07:06:48

1.000 - Análise em 10 minutos  
40 - Impressão em 10 minutos  
10 - Análise em 10 minutos



2001259670

7 12



Out Dr Foster

Ret Viter de arida Grant

Rx with 2AC in dextro (E)

SA: tepid + auger + pete K-

stable + Li

IATE

Dr. Marcos  
Medico Residente  
Oncologia  
CRM 1895

Sheela  
CONFIRMORIAL  
94 SET. 2020

Desfaleamento de

tempo pessoal e ocular e outro E.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

164075

DATA DE EMISSÃO 14/05/2019

DATA DE NACIMENTO 23/10/1977

ANABEU ROCHA TEIXEIRA

616.535.942-68

2ª VIA

CERTO NASC 273 RS 137 LIV 3-A  
1º OF AUTAZES-AM

AUTAZES - AM

ANTÔNIO ESPINOZA DA COSTA  
CELILIA CAMPOS DA COSTA

RONALDO DE SOUZA COSTA

LEI Nº 7.110 DE 20/08/83

P1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CASOTEX NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
**MAIK GOMES DA SILVA**

SOC. IDENTIDADE / CNIL / CPF / UF  
 7473572 DC/PA

CNIL  
 037.260.012-35

DATA NASCIMENTO  
 07/04/1997

FILIAÇÃO  
**MANOEL GOMES DA SILVA**  
**MARIA LEILA FERREIRA D**  
**A SILVA**

Nº IDENTIFICADORA  
 05550757503

VALOR  
 25/04/2024

Nº PUBLICAÇÃO  
 21/01/2016

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular: *Maik Gomes da Silva*

LOCAL  
 SANTAREM, PA

DATA EMISSÃO  
 30/04/2019

Assinatura do Emissor: *Mauro Lima Guedes*

15532189212  
 PA270933514

PARA

COPIA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1800655570

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1800655570

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277296/20

**Vítima:** MAIK GOMES DA SILVA

**CPF:** 037.260.012-39

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 03/08/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MAIK GOMES DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

### MAIK GOMES DA SILVA : 037.260.012-39

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](http://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: 30/09/2020  
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA  
CPF: 616.535.942-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

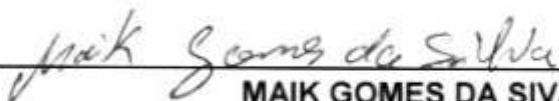
## **PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE: MAIK GOMES DA SIVA**, brasileiro, solteiro, ajudante pedreiro de, portador Cédula de Identidade RG 7673570SSP/PARA, CPF 037.260.012-39 residente e domiciliada na Rua Laura Correa Moreira, 634, Bairro São Bento, CEP 69.315-656, Município de Boa Vista - RR.

**OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA**, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos santos, N° 996, bairro Asa Branca, Boa Vista-RR

**PODERES:** Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, 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, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Boa Vista – RR, 08 de setembro de 2020.



**MAIK GOMES DA SIVA**