

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
2980463020210216145851

Processo 0802464-83.2021.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 9597 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1



## 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 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>1</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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Leonidas Rêuxo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 277.125.591 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Leonidas Rêuxo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 277.125.591 / 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 CC 11</u>          | Número: <u>594</u>       | Complemento: _____           |
| Bairro: <u>Laura Moreira</u>        | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u>            |
| E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u> | CEP: <u>69318-050</u>    | Tel.(DDD): <u>99113-3855</u> |

Local e Data: Boa Vista RR 14 de agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                 |                                                                                   | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL     |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTADO DE RORAIMA</b><br>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA<br>INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILJO CRUZ |                                                                                   | REGISTRO<br>GERAL<br><b>239717</b>       | DATA DE<br>EXPEDIÇÃO<br><b>13/10/2016</b>                                      |
| <br>Polegar Direito           |  | <b>WILLIAM GONÇALVES FRANCO</b>          |                                                                                |
|                                                                                                                |                                                                                   | FILIAÇÃO                                 |                                                                                |
|                                                                                                                |                                                                                   | <b>GERALDO ROCHA FRANCO</b>              |                                                                                |
|                                                                                                                |                                                                                   | <b>MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO</b> |                                                                                |
|                                                                                                                |                                                                                   | NATURALIDADE                             | DATA DE NASCIMENTO                                                             |
|                                                                                                                |                                                                                   | <b>SANTA INÊS - MA</b>                   | <b>09/12/1978</b>                                                              |
|                                                                                                                |                                                                                   | DOC. ORDEM                               |                                                                                |
|                                                                                                                |                                                                                   | <b>CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35</b>  |                                                                                |
|                                                                                                                |                                                                                   | <b>2 OF BOA VISTA - RR</b>               |                                                                                |
| <br>ASSINATURA DO TITULAR     |                                                                                   | <b>825.396.343-20</b>                    | <b>AMADEU ROCHA TRIANI</b><br>Partido Progressista do Povo<br>Bomero do Brasil |
| <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>                                                                                  |                                                                                   | <b>2 VIA</b>                             | <b>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83</b>                                                |



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RR

Nome: JOSE LEONIDAS PEREIRA

DOC. IDENTIFICACAO: 167312 SSP RO

CPF: 277.125.591-04 DATA NASCIMENTO: 10/05/1962

Função: FRANCISCA PEREIRA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO: CONDUCIR ACI: CONDUCIR CATAP: AB

IF RENOVADO: 02410695674 VIGENCIA: 25/05/2022 PROROGACAO: 27/04/1982

Observações: A

Assinatura do Portador: *Jose Leonidas Pereira*

Local: BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO: 25/05/2017

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* LUIZ EDUARDO OLIVEIRA DE CASTILHO DIRETOR PRESIDENTE DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

86104188210 RR209265404

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1475591581

PROIBIDO PLASTIFICAR 1475591581

1. **Introduction**  
 2. **Background**  
 3. **Methodology**  
 4. **Results**  
 5. **Discussion**  
 6. **Conclusion**  
 7. **References**  
 8. **Appendix**  
 9. **Tables**  
 10. **Figures**  
 11. **Supplementary Materials**  
 12. **Abbreviations**  
 13. **Conflicts of Interest**  
 14. **Acknowledgments**  
 15. **Author Contributions**  
 16. **Funding**  
 17. **Data Availability Statement**  
 18. **References**  
 19. **Appendix**  
 20. **Tables**  
 21. **Figures**  
 22. **Supplementary Materials**  
 23. **Abbreviations**  
 24. **Conflicts of Interest**  
 25. **Acknowledgments**  
 26. **Author Contributions**  
 27. **Funding**  
 28. **Data Availability Statement**  
 29. **References**  
 30. **Appendix**  
 31. **Tables**  
 32. **Figures**  
 33. **Supplementary Materials**  
 34. **Abbreviations**  
 35. **Conflicts of Interest**  
 36. **Acknowledgments**  
 37. **Author Contributions**  
 38. **Funding**  
 39. **Data Availability Statement**  
 40. **References**  
 41. **Appendix**  
 42. **Tables**  
 43. **Figures**  
 44. **Supplementary Materials**  
 45. **Abbreviations**  
 46. **Conflicts of Interest**  
 47. **Acknowledgments**  
 48. **Author Contributions**  
 49. **Funding**  
 50. **Data Availability Statement**  
 51. **References**  
 52. **Appendix**  
 53. **Tables**  
 54. **Figures**  
 55. **Supplementary Materials**  
 56. **Abbreviations**  
 57. **Conflicts of Interest**  
 58. **Acknowledgments**  
 59. **Author Contributions**  
 60. **Funding**  
 61. **Data Availability Statement**  
 62. **References**  
 63. **Appendix**  
 64. **Tables**  
 65. **Figures**  
 66. **Supplementary Materials**  
 67. **Abbreviations**  
 68. **Conflicts of Interest**  
 69. **Acknowledgments**  
 70. **Author Contributions**  
 71. **Funding**  
 72. **Data Availability Statement**  
 73. **References**  
 74. **Appendix**  
 75. **Tables**  
 76. **Figures**  
 77. **Supplementary Materials**  
 78. **Abbreviations**  
 79. **Conflicts of Interest**  
 80. **Acknowledgments**  
 81. **Author Contributions**  
 82. **Funding**  
 83. **Data Availability Statement**  
 84. **References**  
 85. **Appendix**  
 86. **Tables**  
 87. **Figures**  
 88. **Supplementary Materials**  
 89. **Abbreviations**  
 90. **Conflicts of Interest**  
 91. **Acknowledgments**  
 92. **Author Contributions**  
 93. **Funding**  
 94. **Data Availability Statement**  
 95. **References**  
 96. **Appendix**  
 97. **Tables**  
 98. **Figures**  
 99. **Supplementary Materials**  
 100. **Abbreviations**  
 101. **Conflicts of Interest**  
 102. **Acknowledgments**  
 103. **Author Contributions**  
 104. **Funding**  
 105. **Data Availability Statement**  
 106. **References**  
 107. **Appendix**  
 108. **Tables**  
 109. **Figures**  
 110. **Supplementary Materials**  
 111. **Abbreviations**  
 112. **Conflicts of Interest**  
 113. **Acknowledgments**  
 114. **Author Contributions**  
 115. **Funding**  
 116. **Data Availability Statement**  
 117. **References**  
 118. **Appendix**  
 119. **Tables**  
 120. **Figures**  
 121. **Supplementary Materials**  
 122. **Abbreviations**  
 123. **Conflicts of Interest**  
 124. **Acknowledgments**  
 125. **Author Contributions**  
 126. **Funding**  
 127. **Data Availability Statement**  
 128. **References**  
 129. **Appendix**  
 130. **Tables**  
 131. **Figures**  
 132. **Supplementary Materials**  
 133. **Abbreviations**  
 134. **Conflicts of Interest**  
 135. **Acknowledgments**  
 136. **Author Contributions**  
 137. **Funding**  
 138. **Data Availability Statement**  
 139. **References**  
 140. **Appendix**  
 141. **Tables**  
 142. **Figures**  
 143. **Supplementary Materials**  
 144. **Abbreviations**  
 145. **Conflicts of Interest**  
 146. **Acknowledgments**  
 147. **Author Contributions**  
 148. **Funding**  
 149. **Data Availability Statement**  
 150. **References**  
 151. **Appendix**  
 152. **Tables**  
 153. **Figures**  
 154. **Supplementary Materials**  
 155. **Abbreviations**  
 156. **Conflicts of Interest**  
 157. **Acknowledgments**  
 158. **Author Contributions**  
 159. **Funding**  
 160. **Data Availability Statement**  
 161. **References**  
 162. **Appendix**  
 163. **Tables**  
 164. **Figures**  
 165. **Supplementary Materials**  
 166. **Abbreviations**  
 167. **Conflicts of Interest**  
 168. **Acknowledgments**  
 169. **Author Contributions**  
 170. **Funding**  
 171. **Data Availability Statement**  
 172. **References**  
 173. **Appendix**  
 174. **Tables**  
 175. **Figures**  
 176. **Supplementary Materials**  
 177. **Abbreviations**  
 178. **Conflicts of Interest**  
 179. **Acknowledgments**  
 180. **Author Contributions**  
 181. **Funding**  
 182. **Data Availability Statement**  
 183. **References**  
 184. **Appendix**  
 185. **Tables**  
 186. **Figures**  
 187. **Supplementary Materials**  
 188. **Abbreviations**  
 189. **Conflicts of Interest**  
 190. **Acknowledgments**  
 191. **Author Contributions**  
 192. **Funding**  
 193. **Data Availability Statement**  
 194. **References**  
 195. **Appendix**  
 196. **Tables**  
 197. **Figures**  
 198. **Supplementary Materials**  
 199. **Abbreviations**  
 200. **Conflicts of Interest**  
 201. **Acknowledgments**  
 202. **Author Contributions**  
 203. **Funding**  
 204. **Data Availability Statement**  
 205. **References**  
 206. **Appendix**  
 207. **Tables**  
 208. **Figures**  
 209. **Supplementary Materials**  
 210. **Abbreviations**  
 211. **Conflicts of Interest**  
 212. **Acknowledgments**  
 213. **Author Contributions**  
 214. **Funding**  
 215. **Data Availability Statement**  
 216. **References**  
 217. **Appendix**  
 218. **Tables**  
 219. **Figures**  
 220. **Supplementary Materials**  
 221. **Abbreviations**  
 222. **Conflicts of Interest**  
 223. **Acknowledgments**  
 224. **Author Contributions**  
 225. **Funding**  
 226. **Data Availability Statement**  
 227. **References**  
 228. **Appendix**  
 229. **Tables**  
 230. **Figures**  
 231. **Supplementary Materials**  
 232. **Abbreviations**  
 233. **Conflicts of Interest**  
 234. **Acknowledgments**  
 235. **Author Contributions**  
 236. **Funding**  
 237. **Data Availability Statement**  
 238. **References**  
 239. **Appendix**  
 240. **Tables**  
 241. **Figures**  
 242. **Supplementary Materials**  
 243. **Abbreviations**  
 244. **Conflicts of Interest**  
 245. **Acknowledgments**

| Seguradora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | PEDIDO DO SEGURO DPVAT                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                      |  |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 3 - CPF da vítima: 277.125.591-04                                                                    |  |
| 4 - Nome completo da vítima: José Leonidas Pereira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 5 - Nome completo: José Leonidas Pereira                                                             |  |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                      |  |
| 7 - Profissão: autônomo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 8 - Endereço: R: ET Lantanzinho                                                                      |  |
| 11 - Bairro: Santa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 12 - Cidade: Santa                                                                                   |  |
| 13 - Estado: 69.390.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 14 - CEP: 69113-3855                                                                                 |  |
| 15 - E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 16 - Tel.(DDD): 99113-3855                                                                           |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 19 - Profissão do Representante Legal:                                                               |  |
| 18 - CPF 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                      |  |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                      |  |
| AGÊNCIA: 3027                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | CONTA: 9705735455                                                                                    |  |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | (Informar o dígito se existir)                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                      |  |
| Nome do BANCO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                      |  |
| AGÊNCIA: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CONTA: _____                                                                                         |  |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | (Informar o dígito se existir)                                                                       |  |
| Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                      |  |
| 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                      |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>                                                                                                  |  |                                                                                                      |  |
| 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                      |  |
| 24 - Data do óbito da vítima: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                      |  |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não         |  |
| 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                   |  |
| 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |  |
| 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:                                                     |  |
| 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado                                    |  |
| 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.                                                                                                    |  |                                                                                                      |  |
| 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: _____                                                                     |  |
| 39 - 2ª   Nome: _____ CPF: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Assinatura da testemunha                                                                             |  |
| 40 - Local e Data, _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Assinatura da testemunha                                                                             |  |
| 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)                                                   |  |
| 43 - Assinatura do Procurador (se houver)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | FPS.001 V002/2019                                                                                    |  |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDSR CDHN6 5FTNB KTBPR

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200313028 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LEONIDAS PEREIRA **Data do acidente:** 26/04/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 7%        | R\$ 945,00            |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 7 %       | R\$ 945,00            |



| Seguradora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    | PEDIDO DO SEGURO DPVAT                                                                        |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                                                                                               |                   |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima:                                                                  |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 277.125.591-04     | Jose Leonidas Pereira                                                                         |                   |
| 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:                                                                                      |                   |
| Jose Leonidas Pereira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    | 277.125.591-04                                                                                |                   |
| 7 - Profissão:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 8 - Endereço:      | 9 - Número:                                                                                   | 10 - Complemento: |
| autonomo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ET Cantaximho      |                                                                                               |                   |
| 11 - Bairro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12 - Cidade:       | 13 - Estado:                                                                                  | 14 - CEP:         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Camã               | RR                                                                                            | 69.390-000        |
| 15 - E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 16 - Tel.(DDD):    |                                                                                               |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 99113-3855         |                                                                                               |                   |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                                                               |                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                               |                   |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                                                                               |                   |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                               |                   |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                                                               |                   |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                                                               |                   |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                                                                               |                   |
| AGÊNCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    | AGÊNCIA:                                                                                      |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    | 0818 4                                                                                        |                   |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    | (Informar o dígito se existir)                                                                |                   |
| CONTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    | CONTA:                                                                                        |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    | 38.223                                                                                        |                   |
| (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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                                                                                               |                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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:                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                                                                                               |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>                                                                                                  |                    |                                                                                               |                   |
| 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vivo                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                                                                                               |                   |
| 24 - Data do óbito da vítima:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                                                                                               |                   |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    | 26 - Vítima deixou companheiro(a):                                                            |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                     |                   |
| 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                                                                                               |                   |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:                                              |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                                                               |                   |
| 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não            |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                                                               |                   |
| 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, <u>Brasília RR 16 de Setembro de 2020</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                                                                                               |                   |
| 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <u>Jose Leonidas Pereira</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                                                                                               |                   |
| 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                                                                               |                   |
| 43 - Assinatura do Procurador (se houver) <u>William Gonçalves</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                                                                               |                   |

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245910/20

**Vítima:** JOSE LEONIDAS PEREIRA

**Data do acidente:** 26/04/2020

**CPF:** 277.125.591-04

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE LEONIDAS PEREIRA

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

#### **JOSE LEONIDAS PEREIRA : 277.125.591-04**

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](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: 01/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Jose Leonidas Pereira  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Caducado  
PROFISSÃO: autônomo RG: 167312  
CPF: 277.125.591-04 ENDEREÇO: ET. Parityzeiro  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: Casto  
CEP: 69.390-000

VÍTIMA: Jose Leonidas Pereira  
CPF: 277.125.591-04 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

### OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Frazes  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 Laura Moreira

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidiza que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.

Procurat. RR. 15 de Junho de 20 20

+ Jose Leonidas Pereira  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245910/20

**Vítima:** JOSE LEONIDAS PEREIRA

**Data do acidente:** 26/04/2020

**CPF:** 277.125.591-04

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE LEONIDAS PEREIRA

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

#### **JOSE LEONIDAS PEREIRA : 277.125.591-04**

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](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: 01/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313028

Vítima: JOSE LEONIDAS PEREIRA

Data do Acidente: 26/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LEONIDAS PEREIRA

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, contados 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

Carta nº 16091719



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, 16 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200313028**

**Vítima: JOSE LEONIDAS PEREIRA**

**Data do Acidente: 26/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE LEONIDAS PEREIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



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, 29 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200313028**

**Vítima: JOSE LEONIDAS PEREIRA**

**Data do Acidente: 26/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE LEONIDAS PEREIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



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, 11 de Novembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200313028**

**Vítima: JOSE LEONIDAS PEREIRA**

**Data do Acidente: 26/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE LEONIDAS PEREIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **JOSE LEONIDAS PEREIRA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **000970573545-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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:

277.125.591-04

4 - Nome completo da vítima:

Jose Leonidas Pereira

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

5 - Nome completo:

Jose Leonidas Pereira

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

R: Et Cantarzinho

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Paraná

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.390.000

16 - Tel. (DDD):

99113 - 3855

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:

AGÊNCIA:

818

4

CONTA:

38.223

X

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

☐

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐

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 de quem assina a pedido (a rogo)

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:

Paraná, 14 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 8753/2020 - Registrado em: 12/08/2020 às 22h 01min

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

Data/hora do Fato: 26/04/2020 às 13h 30min

**LOCAL DO FATO**

Município: CANTA  
Logradouro: RUA  
Bairro: BAIRRO NOVO  
Referência:  
Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

JOSE LEONIDAS PEREIRA(58), nascido(a) em 10/05/1962, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF Nº 277.125.591-04, País: BRASIL, natural de PORTO VELHO-RO, filho(a) de FRANCISCA PEREIRA DO NASCIMENTO e , endereço: RUA, Nº: SN, bairro: BAIRRO NOVO, CANTA-RR, Telefone: (95) 99139-9894.

**OBJETOS**

| Classe | Quantidade | Tipo de Objeto | Descrição                                 |
|--------|------------|----------------|-------------------------------------------|
| Objeto | 1          | AUTOMÓVEL      | MODELO HILUX, ANO 2002 DE PLACA NAK-6265. |

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE:

NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU JOSÉ LEONIDAS PEREIRA, ESTAVA CONDUZINDO MEU AUTOMÓVEL PARTICULAR, MODELO HILUX, ANO 2002 DE PLACA NAK-6265, PELA BR 432, RESPONSÁVEL POR INTERLIGAR OS MUNICÍPIOS DE CANTÁ E BOA VISTA/RR; QUE ESTAVA RETORNANDO PARA BOA VISTA/RR, QUANDO APROXIMADAMENTE PERTO DO BALNEÁRIO SACOLEJO, AO ESTACIONAR NO ENCOSTAMENTO PARA CONFERIR A CARGA, UMA MOTO PERDEU A DIREÇÃO DEVIDO AO PNEU QUE ESTOUROU E VEIO COLIDIR CONTRA MIM (CONDUTOR DESCONHECIDO), ARREMESSANDO-ME CONTRA O MEU AUTOMÓVEL ACIMA CITADO, ASSIM OCASIONANDO A FRATURA DO AO MEU JOELHO ESQUERDO. DEVIDO À DEMORA DO RESGATE, MEU FILHO LEVOU-ME AO PRONTO SOCORRO, POIS ESTAVA COM MUITA DOR.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

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

RONALDO LUIZ DE SOUZA  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: SIAFI 710354  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSE LEONIDAS PEREIRA  
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:

277.125.591-04

4 - Nome completo da vítima:

Jose Leonidas Pereira

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

5 - Nome completo:

Jose Leonidas Pereira

7 - Profissão:

autonomo

8 - Endereço:

R: ET Cantareizinho

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Pantã

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.390.000

16 - Tel.(DDD):

99113 - 3855

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:

AGÊNCIA:

818

4

CONTA:

38.223

X

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (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 do beneficiário (se for beneficiário)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista RR 14 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**ENERGIA** e sua autarquia, informando o NÚMERO 5182548

**DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão São Geronimo, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 55.341-470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.001.023-9)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1  
Regime Especial de Impostos estabelecido pela SEFAZ RR/10

**UF da Nota Fiscal** 5182548  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, instituída pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

**Consumo** 314 **TOTAL A PAGAR** 186,02  
**CPF:** 00027712559104

**DATA/2020** 01/06/2020  
**CONSUMIDOR** JOSE LEONIDAS PEREIRA  
ET ET CANTARZINHO S/N - RURAL  
CEP: 69.390-000 - CANTA

| DADOS DA LEITURA (KWH)      |        | DADOS DA LEITURA |            | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |            |
|-----------------------------|--------|------------------|------------|------------------------------|------------|
| Atual:                      | 15369  | Atual:           | 14/05/2020 | Grupo/Subgrupo:              | 4.1.2.2    |
| Anterior:                   | 15055  | Anterior:        | 15/04/2020 | Classe/Subclasse:            | RURAL      |
| Dia de consumo:             | 29     | Próxima leitura: | 14/06/2020 | Ligação:                     | BITARECA   |
| Constante de Multiplicação: | 1,0000 | Emissão:         | 13/05/2020 | Numero Medidor:              | 8562018978 |
| Consumo medido:             | 314    | Apresentação:    | 14/05/2020 | Forma de Pagamento:          | NORMAL     |
| Consumo Faturado:           | 314    |                  |            | Modalidade:                  |            |

**RESUMO DA CONTA**  
314 A R\$ 0,572767 = 179,84  
CONSUMO  
CORREÇÃO MONETARIA IG 04/20-00 0,59  
MULTA POR ATRASO (2X) 4,43  
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 1,16

**TARIFA SEM TRIBUTOS:**  
R\$ 314 - R\$ 46,9500

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

| MÊS    | CONSUMO (KWH) |
|--------|---------------|
| MAR/19 | 107           |
| JUN/19 | 0             |
| JUL/19 | 0             |
| AGO/19 | 161           |
| SET/19 | 235           |
| OCT/19 | 248           |
| NOV/19 | 256           |
| DEZ/19 | 116           |
| JAN/20 | 198           |
| FEV/20 | 179           |
| MAR/20 | 183           |
| ABR/20 | 231           |
| MAY/20 | 314           |

Média 12 meses: 175

**MENSAGENS IMPORTANTES**  
**REAVISO DE VENCIMENTO**

Notamos alguns débitos de 1º ano de 2019. Lei 12.007/09. LIGUE 0800709120 E FAÇA OBO VENCIMENTO 16 11 15 21 26  
Parabéns! Até o dia 12/05/2020, não constamos falhas vencidas nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO** 447A.6001.86-3 6A01.C171.B147.1970.CACF

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ |        |
|---------------------------|-------|------------------------------|--------|
| Energia:                  | 35,64 | Base de Cálculo:             | 179,84 |
| Encargos:                 | 5,50  | ICMS:                        | 17,00% |
| Tributos:                 | 32,41 | PIS:                         | 0,17%  |
| Transmissão:              | 8,80  | COFINS:                      | 0,95%  |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

| Energia |          |       |          | Fornecimento |          |       |          |
|---------|----------|-------|----------|--------------|----------|-------|----------|
| Mês     | Anterior | Atual | Variação | Mês          | Anterior | Atual | Variação |
| 01/05   | 0,00     | 0,00  | 0,00     | 01/05        | 0,00     | 0,00  | 0,00     |
| 02/05   | 0,00     | 0,00  | 0,00     | 02/05        | 0,00     | 0,00  | 0,00     |

**ROT:** 107.031.07.70.186050

**RORAIMA ENERGIA**  
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão São Geronimo, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 55.341-470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.001.023-9)

**SEU CÓDIGO** 0600694-9 **TOTAL A PAGAR - R\$** 186,02  
**MÊS FATURADO** 05/2020 **VENCIMENTO** 01/06/2020  
**UF da Nota Fiscal** 5182548 **FCAM\***

83600000001 5 86020075000 5 000000000000 7 69490520008 5

SEQ.: 0091 UC: 0600694-9 DT.LEIT.: 14/05/2020 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 15369 NORMAL TOTAL: 186,02 CARGA: 002  
DT.VENC.: 01/06/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4341

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

|                               |                                |                                                    |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>703494</b> | MÊS<br><b>03/2020</b>          | PERÍODO DE CONSUMO<br><b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b> |
| CONSUMO (kWh)<br><b>675</b>   | VENCIMENTO<br><b>06-APR-20</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 552,25</b>                 |

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                               |                       |                                    |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>703494</b> | MÊS<br><b>03/2020</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 552,25</b> |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059

