

RODAJIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ena Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-64 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 386/13

Nº da Nota Fiscal 4054850

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	06/12/2019	342	304,36

ROGERIA ALVES DA SILVA
R. CIDADE CASCAVEL 1087 Q 04 - EQUATORIAL
CEP: 69.317-328 - BOA VISTA

CPF: 03071961860287

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21145	Atual: 19-11-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 20883	Anterior: 21-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 29	Próxima leitura: 9-12-2019	Ligação: MONG
Consumo de Multiplicação: 1.000	Emissão: 18-11-2019	Número Medidor: 11EDH00228
Consumo médio: 042	Apresentação: 19-11-2019	Forma de Faturamento: NG954L
Consumo Faturado: 042		Modalidade: N 1417563

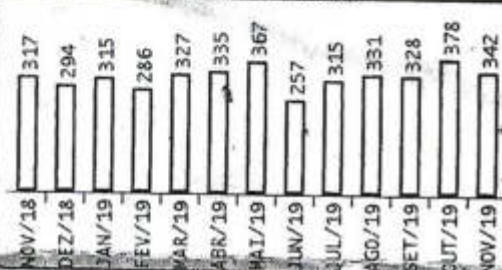
DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO	342	A R\$	0,771640	=	263,90
MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00					0,95
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00					0,32
MULTA POR ATRASO 09/19-00					5,05
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00					2,60
ILUMINACAO PUBLICA					31,50

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 342 - 0,623500

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano	Valor R\$
10/2019	330,65

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10/12/19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 03/1, TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL Nº 2.534 DE 29.10.2019.
LIGUE 08007819128 OU FAÇA TIPOA VENCIMENTO 1 6 11 21 26

RESERVADO AO FISCO

D4F1.D317.6717.5A90.8C1D.F3DE.4ASF.F477

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	142,76	Base de Cálculo:	263,90
Distribuição:	62,50	ICMS:	17,06%
Transmissão:	9,08	PIS:	0,32%
Encargos:	0,00	COFINS:	1,60%
Tributos:	90,62		

INDICADORES DE CONTINUIDAD

	DIC		FIC		OMC	FICRI
	Mensal	Trimestral Anual	Mensal	Trimestral Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49 36,99	8,46	16,92 33,84	4,99	
Realizado	0,00		0,00		0,00	
Conjunto	FLORESTA		Período de apuração: 09/2019		EUSD: 107,61	

ROT: 8.001.16.11.126100



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Gerczes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.002.072-3

SEU CÓDIGO

0033814-7

MÊS FATURADO

11/28/10

Nº da Nota Fiscal: 4054850

TOTAL A PAGAR - R\$

354 36

VENCIMENTO

06/12/2019

FCAM®

83610000003 0 04360075000 4 00000000033 1 81411119008 2



SEQ.: 0094 UC: 0033814-1 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 21145 NORMAL TOTAL: 304,36 CARGA: 010
DT.VENC.: 06/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4231

14 JAN. 2020

30/12/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2019 referente a UC: 1089170



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: 4296869

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	12/2019	25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
595	11-JAN-20	R\$ 509,77

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	12/2019	R\$ 509,77

836100000055.097700750009.000000001081.917012190059



14 JAN. 2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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 COAF².

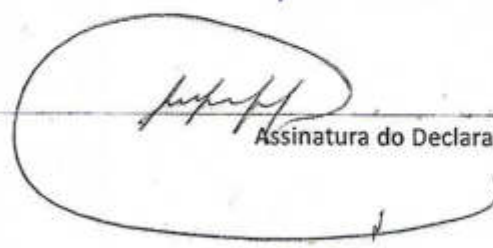
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Blair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Leizze Johana Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.772.722 / 05
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Leizze Johana Alves da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.772.722 / 05 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: Antonio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barutis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 08/01/2020


Assinatura do Declarante

14 JAN. 2020



14117.3762868-00-13

LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO.....: ROGERIA ALVES DA SILVA
JOAO ROBERTO DA SILVA

NASCIMENTO.....: 12/08/2002

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. - 4629621 - 12/11/2015 - SESP - RO

MEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 056.772.722-05 CNH.....:

TIT. ELEITOR.....: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 28/03/2017

Adelao

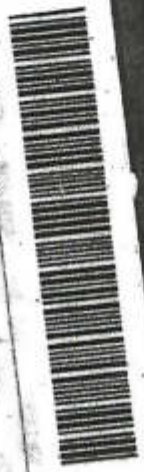
ADELÃO PEREIRA MOTA BEZERRA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR



Luiza Johana Alves da Silva

3762868 0050 RR

164.69033.29-7



ROGERIA ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO: LUIZA ALVES DA SILVA
SEXO: FEMININO
NASCIMENTO: 19031990
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO: R.G. 167515 SESP RR 16011997
LEI Nº 9.046, DE 16 DE MAIO DE 1996
CPF: 719.618.602-87
TIT. ELEITOR: 002736012629
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SPTERR - 16/09/2010
CNI: 005
ZONA: 005
SEÇÃO: 0154

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ASSINATURA DA DDD EMISSORA

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

PASSA

DOCUMENTO

DATA DE NASC. DE

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

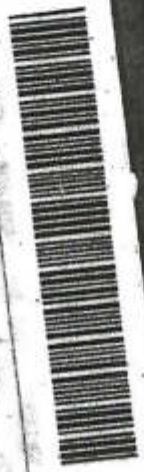
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

03



ROGERIA ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO: LUIZA ALVES DA SILVA
SEXO: FEMININO
NASCIMENTO: 13/03/1960
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO: R.G. 167515 SESP RR 16011997
LEI Nº 9.046, DE 18 DE MAIO DE 1996
CPF: 719.618.602-87
TIT. ELEITOR: 002736012629
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SPTERR - 16/09/2010
CNI: 005
ZONA: 005
SEÇÃO: 0154

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ASSINATURA DA DDD EMISSORA

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

PASSA

DATA DE NASC. DE

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

03

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010398 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010398 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Rogério Alves da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	187515
ENDEREÇO:	Rua: Adote Cascael, 1087, Equatorial

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão-1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 06/07/2019, cobertura Inacidez, vítima: Luiza Ghobana Alves da Silva.

Rua Vista-RR, 28/33/2019

LOCAL E DATA



Rogério Alves da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



14 JAN. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009455/20

Número do Sinistro: 3200010398

Vítima: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

CPF: 056.772.722-05

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA : 056.772.722-05

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA
CPF: 056.772.722-05

LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009455/20

Vítima: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

CPF: 056.772.722-05

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ROGERIA ALVES DA SILVA : 719.618.602-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA
CPF: 056.772.722-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010398

Vítima: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIA ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010398

Vítima: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIA ALVES DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ROGERIA ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000026073-1**

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.

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: 056.772.722-05 4 - Nome completo da vítima: Luizá Ithohama Alves da Silva

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

5 - Nome completo: Luizá Ithohama Alves da Silva 6 - CPF: 056.772.722-05
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Cidade Cascavel 9 - Número: 1087 10 - Complemento:
11 - Bairro: Esplanada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-328
15 - E-mail: ILOIPRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98404-5368

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: Rogéria Alves da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 719.618.602-87 19 - Profissão do Representante Legal: Autônoma

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6993 CONTA: 26073 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ 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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 08/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200-010398 3 - CPF da vítima: 056.772.722-05 4 - Nome completo da vítima: Luiza Johana Alves da Silva

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

5 - Nome completo: Luiza Johana Alves da Silva 6 - CPF: 056.772.722-05
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: Rua: Cida de Cascares 9 - Número: 1087 10 - Complemento:
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-328
15 - E-mail: LUOFRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5367

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: Rogéria Alves da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 719.613.602-87 19 - Profissão do Representante Legal: autônoma

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 26073 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ 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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 05/02/2020

x Rogéria Alves da Silva x Luiza Johana Alves da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020186/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/07/2019 07:51 Data/Hora Fim: 06/07/2019 08:16
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM SERIE J Nº 2123 Data: 06/07/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 06/07/2019 05:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. GENERAL ATAÍDE TEIVE

Bairro: Alvorada
Nº: 8972

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERTON SILVA OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Idade: 22

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua OPXXXIII

Bairro: OPERARIO

Nº: 155

Nome Civil: LUIZA JHOHANA ALVES DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Feminino

Idade: 16

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CIDADE CASCAVEL

Bairro: Equatorial

Nº: 1087

Nome Civil: JOÃO ROBERTO DA SILVA (REPRESENTANTE LEGAL)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Motorista

Estado Civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Idade: 41

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CIDADE CASCAVEL

Nº: 1087



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Washington Balão da Silva
Data de Impressão: 06/07/2019 08:16
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

14 JAN. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020186/2019

Bairro: Equatorial

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: 3º Sgt Pm Davi Filis Marcolino

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROPPM: Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito com vítima, no local nos deparamos com a Sra. LUIZA JOHANA ALVES DA SILVA caída ao chão ferida, juntamente com o Sr. EVERTON SILVA OLIVEIRA, ambos informaram que teriam sido colididos de por um veículo vermelho. EVERTON conduzia a motocicleta HONDA NXR 125 BROS, de cor azul, PLACAS: NAM-5368, pela Av. General Ataíde Teive sentido centro para o bairro e quando no cruzamento com a Rua Euclides Gomes da Silva, na altura do numeral 8972, veio um veículo no sentido contrário e invadiu a contra mão e colidiu com EVERTON e LUIZA, esta sendo passageira da motocicleta. Segundo os dois envolvidos, o condutor do veículo evadiu-se do local sem prestar socorro, as vítimas anotaram a placa do veículo, que seria NAT-7044, e que na busca GETRAN deu é um automóvel FIAT UNO MILLE, DE COR VERMELHA, que tem como proprietário CARLISON PEREIRA DE MELO, CPF: 020.053.422-03, tendo como endereço cadastrado RUA HELENA BEZERRA DE MENEZES, 877, BAIRRO LIBERDADE. EVERTON sofreu danos físicos na perna esquerda e braço direito, LUIZA sofreu fratura no fêmur da perna esquerda, escoriações na panturrilha esquerda, joelho esquerdo e direito. Compareceu no local o SAMU BRAVO 2, Socorrista ELISANGELA, que fez os primeiros socorros e conduziu as vítimas até o Pronto Socorro Estadual para cuidados médicos especializados. EVERTON não possui CNH, porém como estava sob cuidados médicos não pode ser apresentado nesta delegacia. Da documentação, a motocicleta encontra-se atrasada, porém não foi removida por falta de meios. Assim, diante dos fatos, foi preenchida documentação de trânsito administrativas. Dos danos, a motocicleta sofreu danos nas carenagens, para-lama dianteiro, banco, manete de freio, retrovisores, pedal de troca de marchas. A motocicleta foi entregue ao Sr. JOÃO ROBERTO DA SILVA, pai de LUIZA, com CNH 00449463608 CAT AD. Apresentamos este relatório para as providências que o caso requer. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Washington Baião da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42000335

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar do Estado de Roraima
(Comunicante)

DESPACHO

Declaro que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob a pena de multa prevista nos artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

- () Arquivar (fato atípico)
- () Aguardar novos fatos
- () Intimar o comunicante/vítima
- () Intimar suspeito
- () Intimar as partes para TCO

- () Aguardar representação
- () Ao S. I. para investigação
- () Ao
- () Aguardar o comparecimento da vítima
- () Decurso do prazo decadencial - Arquivar
- () Requisitar relatório
- () Requisitar e juntar laudo
- () Intimar

DESPACHO

- () ARQUIVAR (FATO ATÍPICO)
- () AGUARDAR NOVOS FATOS
- () AGUARDAR REPRESENTAÇÃO DA VÍTIMA
- () INTIMAR AS PARTES P/ OITIVA
- () INTIMAR AS PARTES P/ TCO
- () AO S.I. PARA INVESTIGAÇÃO
- () REQUISITAR E JUNTAR OS LAUDOS
- () REMETER PARA:

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Washington Baião da Silva
Data de Impressão: 06/07/2019 08:16
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Dr. Douglas Gabriel da Cruz
Delegado de Polícia Civil
Mat. 042000194

14 JAN. 2020

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIA ALVES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000026073-1

Autenticação:

D1C29CD5FA98CD0F23BB08EEF6661FE3062E5644F52C6EA73E1CFDCB303B2516