

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capão São Carlos, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.000.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprecisão autorizado pelo SEFAZ/RR

Nº da Nota Fiscal: **003982627**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

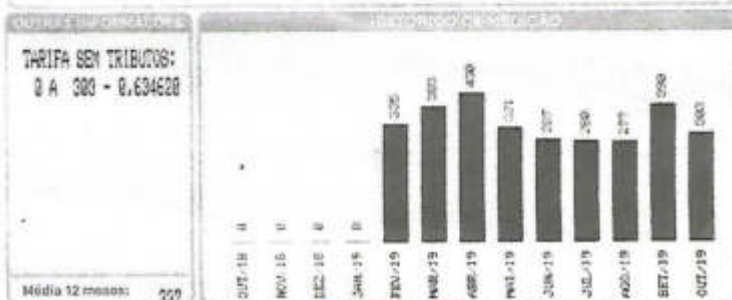
CONTA Nº: **OUTUBRO/2019** VENCIMENTO: **11/11/2019** COMANDO (Nº): **303** TOTAL A PAGAR (R\$): **273,21**

CELIA ALMEIDA BARROS
R. PROF. NAYRO 123 LIGER-DE

CPF: 00022505106287
CEP: 69.309-002 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 2937	Atual: 24/10/2019	Grupo/Subgrupo: 9
Anterior: 2534	Anterior: 23/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 24/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 23/10/2019	Número Medidor: T001713850
Consumo medido: 303	Apresentação: 24/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 303	R: 2,001, 00, 07, 195000	Modalidade: CONVENCIONAL

RESUMO DA CONTA	
CONSUMO	303 A R\$ 0,764602 = 231,67
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 08/19-00	0,03
MULTA POR ATRASO DE 1 08/19-00	1,01
JUROS DE MORA POR ATR 08/19-00	0,33
MULTA POR ATRASO 08/19-00	4,31
JUROS DE MORA DE IMPO 08/19-00	2,15
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	35,71



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/11/2019.

O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESO. ATÉ 30%.

LIGUE 06807019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO				COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
CNPJ: 02.341.470/0001-44 INSC. ESTADUAL: 24.000.022-3								FONTE			
Energia:		126,21	Encargos:	6,55	Base de Cálculo:		ALÍQUOTA		VALOR		
Transmissão:		0,00	Tributos:	39,38	231,67		ICMS:		17,00%	39,38	
							PIS:		0,000000%	0,00	
							COFINS:		0,000000%	0,00	
INDICADORES DE CONTINUIDADE											
DPC			RC			DMC		DGR			
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal			
Linha	9,24	18,49	36,99	8,45	16,92	33,84		4,99			
Realizado	0,01			4,00				0,16			
Conjunta	FLORESTA			Período de apuração:			08/2019	EUSD:	96,88		

18 FEV. 2020

**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: 4485765

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 24-DEC-19 a 24-JAN-20
CONSUMO (kWh) 596	VENCIMENTO 11-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 513,37

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 1089170	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 513,37
-------------------------	----------------	-----------------------------

836400000052.133700750002.000000001081.917001200059



18 FEB. 2020

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

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 Flair Snácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adria Minelly Almeida Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.136.872 81

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adria Minelly Almeida Barros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.136.872 / 81, 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: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buriti</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILCERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 17/02/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

18 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

Raquel L. Salazar
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901184025 08/11/2019 00:10:47 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 1

Paciente: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS Data Nascimento: 12/04/2000 Idade: 19 A 6 M 26 D CNS: 898003222218171 CPF: 03513687281 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 05/05/2016 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raca/Cor: BOA VISTA - RR Naturalidade: BRASILEIRA

Mãe: CÉLIA ALMEIDA BARROS Pai: MANOEL DE SÁ BARROS FILHO Contato: (95) 99121-7562

Endereço: RUA - PROFESSOR MACEDO - 128 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR Ocupação: ESTUDANTE

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Peso: Pressão:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Registrado por: ROSIVAN.BARROS

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: AMBULANCIA (HOSPITAL) Procedimento Sol.: Suspeita de Dengue

Queixa Principal: Queda de rosto

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14h) Queda de rosto, sobre o assoalho da casa

Exame Físico: BGS +/0 w/cup Bu. Rm.

Hipótese Diagnóstica: - Trauma de clavícula (Fratura)

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
- Dipirona 0,5g EV		
- Paracetamol 20mg EV		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
27.01.2020
Certifico e apresento
cópia e fiel reprodução original
que foi apresentado neste Hospital

Dr. Arnaldo J. H. Pereira
CRM 153488 / RQE 136
Cirurgia Geral

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: Correlacionar Data e Hora da Saída/Alta

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: GIVAGGO Henrique R. da Silva
Impresso por: rosivan.barros Data Hora: 08/11/2019 00:54:01
Ass. QOCQN - Médico
CRM RR 1803

18 FEV. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Adria Mirelly Almeida Barros
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 247773 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/05/2016

NOME ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

FILIAÇÃO MANOEL DE SÁ BARROS FILHO
CÉLIA ALMEIDA BARROS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 12/04/2000

DOC. ORIGIN. CERTD NASC 111886 FLS 176 LIV A-208
1 OF BOA VISTA-RR

035.136.872-81 AMADEU ROCHA TRIANI
2 VIA Perito Perceptualista de Polícia Civil
Diretor de RGC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
035.136.872-81

Nome
ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

Nascimento
12/04/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

18 FEV. 2020

18 FEV. 2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILIOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PROVAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

VALIDADE
28/01/2020

V. HABILITACAO
15/12/1999

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

ASSINATURA DO EMISSOR
JACQUES KUMITSCHKE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

92485240616
R207968020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Adria Mirelly Almeida Barros
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Estagiária
IDENTIDADE:	77773
ENDEREÇO:	R. Professor Macedo, 128, Liberdade

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP - RR
ENDEREÇO:	R. Antônio 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: 08 / 11 / 19, cobertura Invalidez, vítima: Adria Mirelly Almeida

Boa Vista - RR 14/02/2020



LOCAL E DATA

Adria Mirelly Almeida Barros

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalaia Teve, 4307 - Boa Vista - RR
Fone: (99) 3621-1100
Soficio@boavista.org.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de ADRIA MIRRELY ALMEIDA BARROS

Em testemunho da verdade, BBA
Do que deu fé, Boavista, 14 de fevereiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) digital em: cdaes.pse.com.br
REC/P186296CFWGF.KDYOLBA844

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

Araceli Feltosa da Silva
Escritorinha Autorizada

18 FEV. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064185/20

Vítima: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

CPF: 035.136.872-81

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

CPF de: Próprio

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

ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS : 035.136.872-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS
CPF: 035.136.872-81

ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079369

Vítima: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079369

Vítima: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/11/2019, emitido pelo Dr. ARNALDO J. H. PÉREZ CRM nº 1554 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

035.136.872-81

4 - Nome completo da vítima:

Adria Mirelly Almeida Barros

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

5 - Nome completo:

Adria Mirelly Almeida Barros

6 - CPF:

035.136.872-81

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua: Prof. Macedo

9 - Número:

128

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Paizerdante

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309-002

15 - E-mail:

ILDIRRR@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

95198403-5060

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

66193

7

(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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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, 17/02/2020

Adria Mirelly Almeida Barros

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNS 001 1007/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

18 FEV. 2020

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043326/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2019 11:44 Data/Hora Fim: 05/12/2019 12:07
Origem: Polícia Judiciária Data: 05/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/11/2019 00:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dos Estados

Logradouro: Pernambuco

Ponto de Referência: Parque Anauá

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 19

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Prof. Macêdo

Nº: 127

Complemento: Casa

Bairro: Liberdade

Telefone: (95) 99146-3132 (Celular)

Nome Civil: JUDSON MATOS DE OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 06/01/2000

Profissão: Bancário

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Julyannie Matos de Freitas

Nome do Pai: Nedson da Silva Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.631.842-45

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Das Tulipas

Nº: 798

Complemento: Casa

Bairro: Pricumã

Email: judsonmattos@gmail.com

Telefone: (95) 98404-3539 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

18 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 043326/2019

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 314.705.131-53

Renavam 00893884375

Número do Chassi 9C2JA04106R843824

Cor VERMELHA

Município Veículo Mucajaí

Modelo HONDA/BIZ 125 KS

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAQ-3669

Número do Motor JA04E16843824

Ano/Modelo Fabricação 2006/2006

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 KS

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Adria Mirelly Almeida Barros

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava como passageiro na garupa da motocicleta também devidamente descrita acima, que está em nome de CARMENCelia MARIA VIEIRA GOMES e que conduzida/pilotada por sua Amiga ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS, sendo esta não habilitada. Que ADRIA perdeu o controle da motocicleta e ambos caíram dentro da vala, que fica ao lado do Parque Anauá. Que ambos sofreram lesões e foram resgatados até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42900008

Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Judson matos de oliveira

Judson Matos de Oliveira

(Comunicante / Vítima / Envolvido)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima relacionadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."