





**EDRAMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Enzo Gómez, 601 - Centro - Boa Vista - RR.  
CNPJ: 62.381.470/0001-44 | insc. Estadual: 24.007.023-3  
Nota Fiscal / Conta de Triunfo Elétrica - Série B-1  
Sistema Expresso é um serviço autorizado pelo SEFAZ/RR

Para conhecer o  
o Sistema Unicamp,  
introduzindo seu nome.

SKU CÓDIGO  
0019992-6

DATA DA Fatura	DATA DE EMISSÃO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	11/11/2019	303,21	273,21
CELIA ALMEIDA BARRIOS		CPF: 002253516207	
R. PROF MACHADO 128 LIBERDADE		CEP: 69.389-002 - BOA VISTA	
DADOS DA LEITURA (KWH)		DATA DA LEITURA	DADO DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	2897	Atual:	8
Anterior:	2594	Anterior:	RESIDENCIAL
Dia de consumo:	31	Próxima leitura:	81
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	TIPI 713858
Consumo medido:	303	Apartamento:	Normal
Consumo Faturado:	299	R\$:	CONVENTIONAL

DETALHAMENTO DA CONTA			
CONSUMO	303 A R\$ 0,764602 =	231,67	
CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00		0,03	
MULTA POR ATRASO DE I 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	
ILUMINACAO PUBLICA		33,71	

The chart displays the monthly average rate for the period from JANEIRO/19 to OUT/19. The y-axis represents the average rate, ranging from R\$ 0,00 to R\$ 0,000. The x-axis lists the months. The bars show a general downward trend over time.

Mês	Avg Rate
JANEIRO/19	R\$ 0,000
FEVEREIRO/19	R\$ 0,000
MARÇO/19	R\$ 0,000
ABRIL/19	R\$ 0,000
MAYO/19	R\$ 0,000
JUNHO/19	R\$ 0,000
JULHO/19	R\$ 0,000
AGOSTO/19	R\$ 0,000
SETEMBRO/19	R\$ 0,000
OCTUBRE/19	R\$ 0,000
NOVEMBRE/19	R\$ 0,000
DEZEMBRO/19	R\$ 0,000



INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DÍG			FGC			DINIC		DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal
Límite	9,24	19,49	36,99	8,45	16,92	33,84	4,99		
realizado	8,81			4,00			8,15		
Conjunto	FLORESTA			Período de apuração:	28/2019		EUSD:		90,88

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

836400000052.133700750002.000000001081.917001200059



18 FEV. 2020

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

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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Flávia Inácia de Souza

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

Adriana Mirelly Almeida Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.136.872 / 81,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adriana Mirelly Almeida Barros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.136.872 / 81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

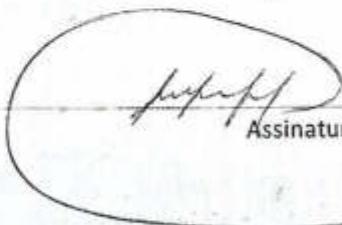
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>SLDERRRR@HOTMAIL.COM</u>	Tel.(DDD):	<u>(95)98403-5660</u>	

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

  
Assinatura do Declarante

18 FEV. 2020



1901184025 08/11/2019 00:10:47

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 1

Paciente <b>ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS</b>	Data Nascimento <b>12/04/2000</b>	Idade <b>19 A 6 M 26 D</b>	CNS <b>898003222218171</b>	CPF <sup>07</sup> <b>03513687281</b>	Prontuário		
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>247773</b>	Órgão Emissor <b>SSP/RR</b>	Data Emissão <b>05/05/2016</b>	Sexo <b>F</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(APARDA)</b>	Raca/Cor <b>BOA VISTA - RR</b>	Naturalidade <b>BRASILEIRA</b>
Mãe <b>CÉLIA ALMEIDA BARROS</b>					Pal <b>MANOEL DE SÁ BARROS FILHO</b>	Contato <b>(95) 99121-7562</b>	Ocupação <b>ESTUDANTE</b>
Endereço <b>RUA - PROFESSOR MACEDO - 128 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR</b>							
Class. de Risco <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência		Temp.	Peso	Pressão
Sector <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>AMBULANCIA (HOSPITAL)</b>		Procedimento Sol.				Registrado por: <b>ROSVAN.BARROS</b>
Queixa Principal <i>Anas de dor</i>	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

Anamnese de Emergência

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - HORA DA CONSULTA - : h) *ap. quebra de costela, sobre dor no peito*

Exame Físico

*B68 tbc*

*Dorsal W/UP*

*Br. dor*

Hipótese Diagnóstica

- traum dx. clavícula (Fratura)

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Plantão Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

*27.01.2020*

Certifico que a paciente *Maria* apresentou cópia e fui reprodução original que foi apresentada neste Hospital

Conduta

- Alta por Decisão Médica  
 Alta a Pedido  
 Alta a Revelia  
 Transferência para *Colégio Médico*
- Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação  
Data e Hora da Saída/Alta

Óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **rosivan.barros**  
Data Hora: 08/11/2019 00:54:01

*GIVAGO Henrique R. da Silva*  
Asp. QCCON - Médico  
CRM/RN: 1803



Ort Dr Vete.

• Anel de prata alta

• Rx avide + un...

• ed topo + volta + VCM

AB

SAGUAR  
SACAR

• Cebtol 150mg



18 FEV. 2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



pojgar  
Direto



Adria Mirelly Almeida Barros

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

05/05/2016

247773  
ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

PALETA

MANOEL DE SÁ BARROS FILHO

CÉLIA ALMEIDA BARROS

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

12/04/2000

DOC. CÓDIGO

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

035.136.872-81 AMADEU ROCHA TRIANI  
2 VIA

Foto Padrão do Documento de Identidade Civil

P 1

LFI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



#### COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

035.136.872-81

Nome

ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

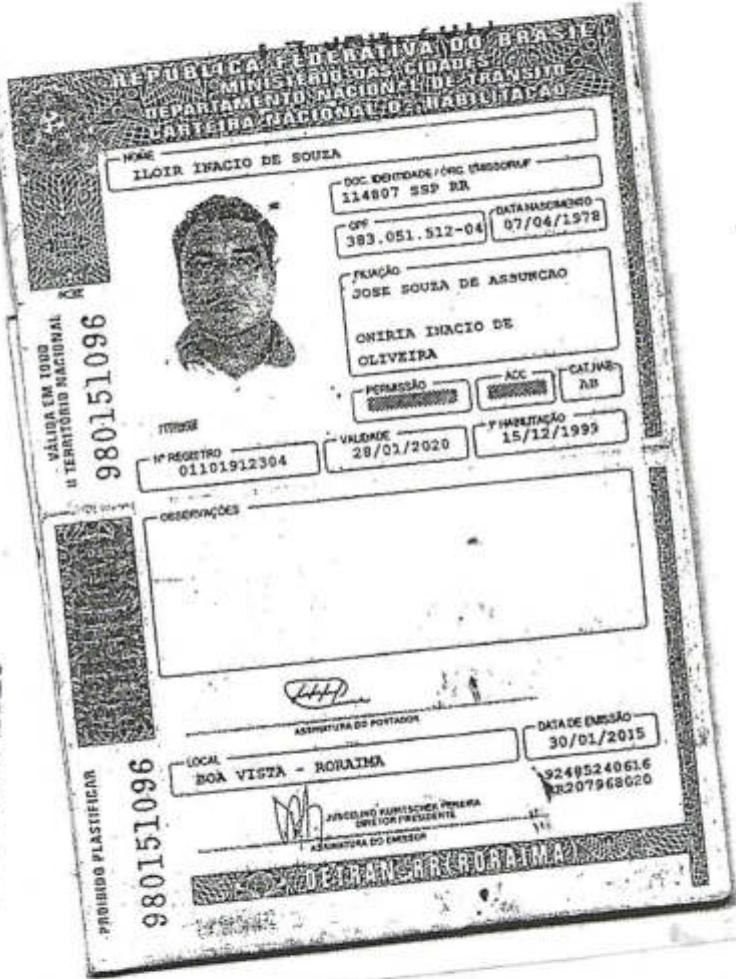
Nascimento

12/04/2000

VALÍDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

18 FEV. 2020

18 FEV. 2020



# 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

Valorização 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

Valorização 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:	<i>Adria Mirelly Almeida Barros</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileira</i>
PROFISSÃO:	<i>Estagiária</i>
IDENTIDADE:	<i>277773</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Professor Macedo, 129, Liberdade</i>

OUTORGADO

NOME:	<i>Ideir Inacio de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileira</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônomo</i>
IDENTIDADE:	<i>114807 SSP - RR</i>
ENDEREÇO:	<i>R. Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Buritis</i>

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, vitima: Adria Mirelly Almeida

Boa Vista - RR 14/02/2020

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE



DANIEL  
AQUINO  
18288-56-665deb5353  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

Adria Mirelly Almeida Barros  
Em testamento da verdade, BBA  
Que assinei, em Boa Vista/RR, 14 de fevereiro de 2020.  
Consulte mais detalhes sobre em [www.cartorio2oficio.com.br](http://www.cartorio2oficio.com.br)  
REC/FIR1562960FWGFLKDYCLBA844 /

Endolumento: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 Selo: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50



18 FEV. 2020

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064185/20

**Vítima:** ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

**CPF:** 035.136.872-81

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/11/2019

**Titular do CPF:** ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## 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](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: 17/02/2020  
Nome: ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS  
CPF: 035.136.872-81

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADRIA MIRELLY ALMEIDA BARROS

MANOEL COELHO NETO

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, 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



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, 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 Mirilly 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 Mirilly Almeida Barros**

 6 - CPF:  
**035.136.872-81**

7 - Profissão:

**autônomo**

8 - Endereço:

**Rua: Prof. Macuto**

 9 - Número:  
**128**

 10 - Complemento:  
**casa**

11 - Bairro:

**Faixa Verde**

12 - Cidade:

**Bonito**

 13 - Estado:  
**RR**

 14 - CEP:  
**69.309-002**

15 - E-mail:

**ILOIRR@HOTMAIL.COM**

 16 - Tel.(DDD):  
**(65) 98403-5060**

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: **Bradesco**

AGÊNCIA:

**4263**
**3**

CONTA:

**66193**
**7**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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:

 Sim

 Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, **Bonito - RR, 17/02/2020**
**Adria Mirilly Almeida Barros**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Enc 001 1/003/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 19  
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 127

Logradouro: Rua: Prof. Macêdo

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

Nº: 798

Logradouro: Rua: Das Tulipas

Complemento: Casa

Bairro: Pricumã

Email: judsonmattox@gmail.com

Telefone: (95) 98404-3539 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 05/12/2019 12:07  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

18 FEV. 2020



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

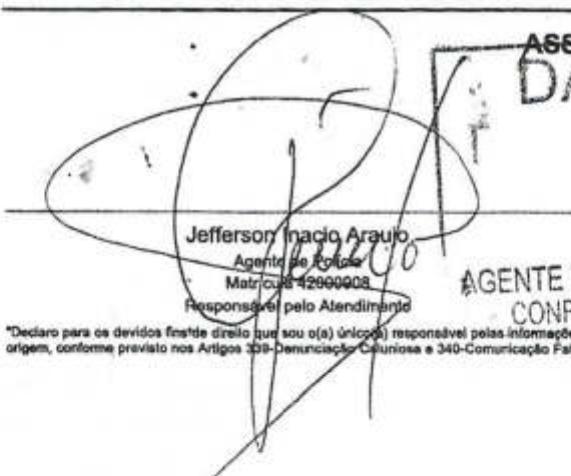
Nº: 043326/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 314.705.131-53	Placa NAQ-3669
Renavam 00893884375	Número do Motor JA04E16843824
Número do Chassi 9C2JA04106R843824	Ano/Modelo Fabricação 2006/2006
Cor VERMELHA	UF Véiculo Roraima
Município Véículo Mucajá	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 KS
Modelo HONDA/BIZ 125 KS	Véiculo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvidos
Adria Mirelly Almeida Barros	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 Policia  
Matrícula 42000008  
Responsável pelo Atendimento

Judson Matos de Oliveira  
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

AGENTE DE POLICIA  
CONFERIDOR

"Declaro para os devidos fins/de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."