
Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234946

Vítima: LIVIA SILVA COSTA

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIVIA SILVA COSTA

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, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200234946

Vítima: LIVIA SILVA COSTA

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIVIA SILVA COSTA

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: LIVIA SILVA COSTA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000003421

Conta: 000004934-3

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,



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: 037.103.962-38 3 - CPF da vítima: 037.103.962-38 4 - Nome completo da vítima: Luciano Silva Costa

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

5 - Nome completo: Luciano Silva Costa 6 - CPF: 037.103.962-38
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. José de Souza 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Calença 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-160
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9413-3855

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3421 CONTA: 0004934 3 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 conciliação 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ainda não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/mãe 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

Assinatura do Segurado ou do Representante Legal

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, 17 de Junho de 2020

Luciano Silva Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018460/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/06/2020 16:16:45 Data/Hora Fim: 25/06/2020 16:16:45

Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 13/03/2020 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: Av. Brasil

Nº: S/N

Complemento: Rodoviária Internacional de Boa Vista

Ponto de Referência: Rodoviária Internacional de Boa Vista

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mato(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LIVIA SILVA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 25/06/2020	Idade: 0
Profissão: Empresário		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Elenilda Castro Silva		Nome do Pai: Antonio Sousa Costa Filho	

Documento(s)

RG: 378542-4

CPF: 037.105.962-38

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. José de Souza

Nº: 13

Complemento: Casa

Bairro: Catunga

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 037.105.872-47	Placa NAY9342
Renavam 00993531172	Número do Motor JC48E2E016081
Número do Chassi 9C2JC4820ER016081	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor ROSA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 27/11/2019	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS



Impresso por: Jeane Brito Dos Santos

Data de Impressão: 25/06/2020 16:56:50

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018460/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Livia Silva Costa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante através do número telefônico 95-99120-6108, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com esta UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 13/03/2020, por volta das 18:00 da noite, a comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo BIZ 125 ES, cor vermelha, Placa NAY-9342; QUE neste momento trafegava na Av. Brasil, no bairro: São Vicente/RR/BV, em sentido à Rodoviária Internacional de Boa Vista para buscar sua mãe que havia chegado do município de Caroebe/RR; QUE na rotatória da praça Simon Bolívar, seguindo na Av. Brasil, em poucos metros do ponto de táxi da rodoviária, no desvio, uma motocicleta (não sabe informar características), vindo em sentido contrário e em alta velocidade, colidiu lateralmente com a comunicante, que foi arremessada com o impacto do acidente; QUE o condutor da motocicleta também foi lesionado no momento do acidente; QUE a comunicante e o outro condutor foram socorridos por transeuntes que estavam presentes no local, que ligaram para a Equipe de Resgate Móvel de Urgência e SAMU; QUE a comunicante teve fraturas em todo seu corpo e fraturas mais graves em sua clavícula e mãos, perdendo parcialmente o movimento de suas mãos como consta em laudo médico em anexo a este B.O; QUE PERGUNTADO á comunicante se ela consegue identificar ou possui alguma informação que auxilia na identificação do autor que conduzia o veículo acima citado, RESPONDEU: QUE NÃO tem conhecimento de quem poderia ser o infrator que conduzia o veículo, que não lembra de algo que pudesse auxiliar na identificação deste veículo (modelo, placa...).

QUE a comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (25/06/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origem SE NELA HOVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS


Jeane Brito Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 04200089
Responsável pelo Atendimento


Livia Silva Costa
Vítima, Comunicante

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

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: 037.103.962-38 3 - CPF da vítima: 037.103.962-38 4 - Nome completo da vítima: Lucia Silva Costa

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

5 - Nome completo: Lucia Silva Costa 6 - CPF: 037.103.962-38
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. José de Souza 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Calença 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-160
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9413-3855

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3421 CONTA: 0004934 3 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 conciliação 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(s) (ainda não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mães 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

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, 17 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIVIA SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03421

CONTA: 000000004934-3

Nr. da Autenticação 569A919FA017827D



RORAIMA ENERGIA S.A.
R. Tocantins Barbosa, 531 - Centro - Boa Vista - PA
FAX: (68) 3221-0001 - E-mail: atendimento@renergia.com.br
CNPJ nº 07.000.000/0001-00 - Insc. Estadual 15.007.000-01
CNPJ nº 07.000.000/0001-00 - Insc. Estadual 15.007.000-01
A empresa possui a seguinte inscrição estadual nº 15.007.000-01

Nº da Nota Fiscal 4414605

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.408 de 26 de abril de 2003 (FCAM)

JANEIRO/2020

06/02/2020

232

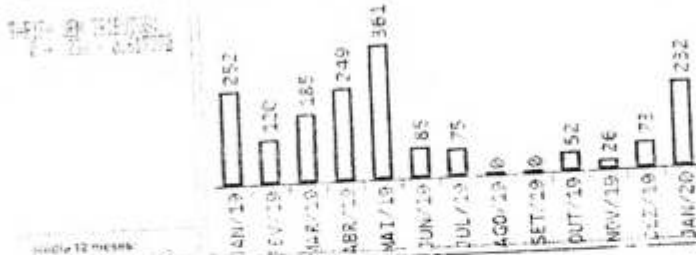
207,89

CPF: 00016732129262

IVAN ALVES DOS SANTOS
R. JOSE DE SOUZA 13 - CALÇADA
CEP: 69.303-160 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual	Atual	Grupo/Subgrupo
Anterior	Anterior	Classe/Subclasse
Diferença (KWH)	Diferença (KWH)	Localidade
Consumo de energia	Emissão	Número Medidor
Consumo de energia	Apresentação	Forma de Faturamento
Consumo de energia		Modalidade
Consumo de energia		

CONSUMO A R\$ 0,70481 176,43
CORREÇÃO MONETÁRIA DA II 0,03
CORREÇÃO MONETÁRIA ICM 0,30
MULTA POR ATRASO DE 11 1,64
JURAS DE MORA POR ATRASO 0,31
MULTA POR ATRASO (2%) 1,56
JURAS DE MORA DE IMPORT 0,45
ELIMINACAO PUBLICA 17,17



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				ALÍQUOTA VALOR			
Energia	Encargos			Base de Cálculo	ICMS		
Transmissão	Tributos				PIS		
					COFINS		
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DMC	FIC	DMC	DICB			
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
6,03	12,06	24,12	7,17	14,34	29,08	3,54	
0,00			0,00			0,00	
Período de aplicação: 11/2019				15,78			

**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 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

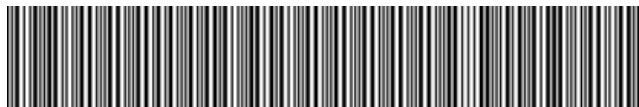
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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 85

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

William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 829.396.343 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Livia Silva Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.105.962 / 38

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Livia Silva Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.105.962 / 38 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>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>William0992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data:

Boa Vista RR 17 de junho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 330B

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

2001230441 13/03/2020 19:58:50 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 10

Paciente **LIVIA SILVA COSTA** Data Nascimento **10/12/2001** Idade **18 A 3 M 3 D** CNS **CPF 07** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **ELENILDA CASTRO SILVA** Pai **NI** Contato
Endereço **RUA - JOAO XXIII - 30 - CENTRO - CAROEBE - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **RESGATE** Procedimento Sol. **Registrado por: SOUSA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Paciente vítima de acidente automobilístico

Anamnese de Enfermagem **GSC** TOTAL **AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente vítima de acidente automobilístico (motorista). Refere dor em perna esquerda, braço e mão @, dor cervical. Não utiliza medicamentos.

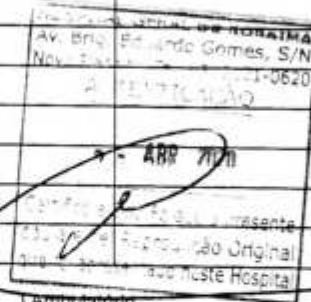
Exame Físico
BEG, Lote, eupneica, acrocótica, anictérica, Glasgow 15.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**
Dipirona 1g @ **Tramal 2mg @** **20:15**



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **Intensivo**

☐ 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

Dr. Jorge Barros Freites
Médico
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **sousa**
Data Hora: 13/03/2020 20:01:41

IMPRESSÃO - Impressão em Branco
Data - 13/03/2020 20:01:41



2001230441

Ortopedia Dr. Senacat

Vacuo em fratura de traume bdo. bndio e
pe (E) 2^{as} acident de moto

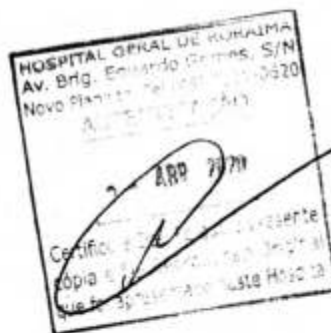
Eff lesao de pontos moles em lesao 3° e 4° tendo
enlaxar do pe (E)

Radiografia sem lesao Ossea

4-17 lesao 3° e 4° tendo Enlaxar do pe (E)
+ lesao extensa Poros moles

6-17 Asepsia e Antiseptico + Anestesia + Lavagem
mecanica e antiseptica com 5% de Solucao de
0,9% + Radiografia do 3° e 4° tendo
Enlaxar + JMC + Sutura de pele +
Curativos + Imobilizacao para ferida de +
antibioticos + analgesia + Vitamina + etc.

Dr. Edinachi Okami
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18517/RP



E



07/04/2020

85.7 %

LIVIA SILVA COSTA

3374

HOSPITAL CORONEL MOTA



92.6 %

07/04/2020

Ana Quezia



LIVIA SILVA COSTA

3374

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/04/2020

Ana Quezia

131.0 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODONTOGRUZO





Polegar Direito



Livia Silva Costa

AVULSÃO Nº 1114/81

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

378542-4

DATA DE
EXPIRÊNCIA

17/01/2020

NOME

LIVIA SILVA COSTA

FILIAÇÃO

ANTONIO SOUSA COSTA FILHO
ELENILDA CASTRO SILVA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

10/12/2001

EXAC. ORÇ. DEM.

CERTO NASC 10163 FLS 196 LIV A 20
RORAINOPOLIS-RR

CPF

037.105.962-38

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Secretário de Estado da Segurança Pública

PIS/PASEP:

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774840406
01 00508907411 2019

ELENILDA CASTRO SILVA

703.203.732-15
PLACA

9C2JC4820DR036620

HONDA/BIZ 125 ES

2P/0124CC/

PAGO
PARCELAMENTO/CORAS
PAGO COTA UNICA

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEM RESERVA DE DOMINIO PROTB CONTR DA R

CARDEBE-RR
Diretor Presidente Intema, 24/04/2019

RR Nº 013774840406 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 703.203.732-15 2019 24/04/2019

00508907411 HONDA/BIZ 125 ES

9C2JC4820DR036620

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 36,05 R\$ 4,01 R\$ 40,06

R\$ 4,15 R\$ 0,32 R\$ 24,58

R\$ 4,15 R\$ 0,32 27/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.258.608/0001-04 013774840406
18818028-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200234946 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIVIA SILVA COSTA **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE 3º E 4º METATARSOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P1 / P2 / P3 / P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO E DE PÉ 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 DE OMBRO ESQUERDO E DE PÉ 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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Livia Silva Costa
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: casada
 PROFISSÃO: solteira RG: 378542-4
 CPF: 037.105.962-38 ENDEREÇO: R. Jon de Souza 13
 BAIRRO: Columba CIDADE: Boa Vista
 CEP: 67.303.160

VITIMA:

NOME: Livia Silva Costa
 CPF: 037.105.962-38 DATA DO ACIDENTE: 13.03.2020
 NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonalves Franco
 NACIONALIDADE: Brasileira
 ESTADO CIVIL: casado
 PROFISSÃO: autônomo
 Nº. DO RG: 139717 ORGÃO EMISSOR: GPSP-RR
 DATA DE EMISSÃO: 16.10.16
 Nº. DO CPF: 825.396.343-20
 ENDEREÇO: Rua OC 18 295 Laura Moreira

PODERES:

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



Boa Vista RR, 08 de Abril de 2020

Livia Silva Costa

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



CARTÓRIO LOUREIRO

REC. AUTENTICA a(s) assinatura(s)

139717-22722 LÍVIA SILVA COSTA

Em testemunho da verdade. Boa Vista, 08/04/2020

End: 2,58, FUNDEJURR: 0,26, FISC: 0,13, RECON: 0,13, ISS: 0,13

Selo: REC FIR 1583456871 DJ BLQOARIM 99 Nº Ticket: 000520

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalsefrr.com.br>

CPF Solicitante: 03710596238

DR. JOZIEL LOUREIRO

DELEGADO REGISTRADOR

Andre Sabino

Escrevente Autorizado

Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183835/20

Vítima: LIVIA SILVA COSTA

CPF: 037.105.962-38

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIVIA SILVA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LIVIA SILVA COSTA : 037.105.962-38

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: 01/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO