

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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.**

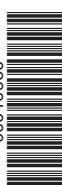
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *037.105.962-38 Lúcia 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: <i>Lúcia Silva Costa</i>	6 - CEP: <i>037.105.962-38</i>		
7 - Profissão: <i>Estudante</i>	8 - Endereço: <i>R. José de Souza</i>	9 - Número: <i>13</i>	10 - Complemento: <i></i>
11 - Bairro: <i>Galeão</i>	12 - Cidade: <i>Boa Vista</i>	13 - Estado: <i>RR</i>	14 - CEP: <i>69.303-160</i>
15 - E-mail: <i></i>	16 - Tel. (DDD): <i>99113-3855</i>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <i></i>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <i>3421</i> CONTA: <i>000 4934 3</i>

(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, recorrendo 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 atende 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. As 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/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 este condicão, 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 Nome: <i>Lúcia Silva Costa</i> Sobrenome: <i></i> Data de Nascimento: <i>11/01/1988</i> CPF: <i>037.105.962-38</i>	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): <i></i>	38 - 1º Nome: <i></i> CPF: <i></i>
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): <i></i>	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): <i></i>	Assinatura da testemunha
38 - 2º Nome: <i></i> CPF: <i></i>	39 - Assinatura da testemunha	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data: <i>Boa Vista - 17 de fevereiro de 2020</i>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Lúcia Silva Costa</i>	43 - Assinatura do Procurador (se houver): <i>William Gonçalves</i>





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Aruanda 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	Malo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

EN VOLVIDO(S)

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

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 RESTRIÇÃO_BENEFÍCIO_TRIBUTÁRIO_FIPE_VEÍCULOS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018460/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lívia Silva Costa	Proprietário

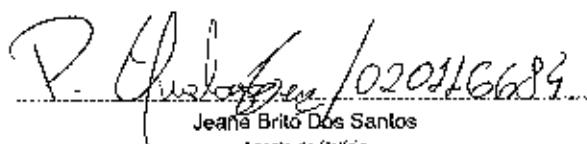
RELATO/HISTÓRICO

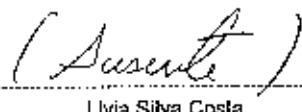
QUE a comunicante através do número telefônico 95-99120-6108, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 13/03/2020, por volta das 18:00 da noite, a comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo BIZ 125 ES, 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 PREGUNTADO à comunicante se ela consegue identificar ou possui alguma informação que auxilie na identificação do autor que conduzia o veículo acima citado, RESPONDEU: QUE NÃO tem conhecimento de quem poderia ser o infrator que conduziu o veículo, que não lembra de algo que pudesse auxiliar na identificação deste veículo (modelo, placa...).

QUE o 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 da 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 del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS


Jeanne Brito Dos Santos
Agente de Polícia
Matrícula 042000899
Responsável pelo Atendimento


Lívia Silva Costa
Vítima, Comunicante

"Declaro para os efeitos da lei que sou eu (a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *037.105.962-38 Lúcia 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: <i>Lúcia Silva Costa</i>	6 - CEP: <i>037.105.962-38</i>		
7 - Profissão: <i>Estudante</i>	8 - Endereço: <i>R. José de Souza</i>	9 - Número: <i>13</i>	10 - Complemento: <i></i>
11 - Bairro: <i>Galeão</i>	12 - Cidade: <i>Boa Vista</i>	13 - Estado: <i>RR</i>	14 - CEP: <i>69.303-160</i>
15 - E-mail: <i></i>	16 - Tel. (DDD): <i>99113-3855</i>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <i></i>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <i>3421</i> CONTA: <i>000 4934 3</i>

(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, recorrendo 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 atende 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. As 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/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 este condicão, 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 Nome: <i>Lúcia Silva Costa</i> Sobrenome: <i></i> Data de Nascimento: <i>11/01/1988</i> CPF: <i>037.105.962-38</i>	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): <i></i>	38 - 1º Nome: <i></i> CPF: <i></i>
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): <i></i>	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): <i></i>	Assinatura da testemunha
38 - 2º Nome: <i></i> CPF: <i></i>	39 - Assinatura da testemunha	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data: <i>Boa Vista - 17 de fevereiro de 2020</i>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Lúcia Silva Costa</i>	43 - Assinatura do Procurador (se houver): <i>William Gonçalves</i>

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: 00000004934-3

Nr. da Autenticação 569A919FA017827D



0016525-5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Cachoeira Grande, 121 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000 - Fone: (65) 3221-2222 - Fax: (65) 3221-2223
E-mail: contato@roraime.com.br - Site: www.roraima.com.br

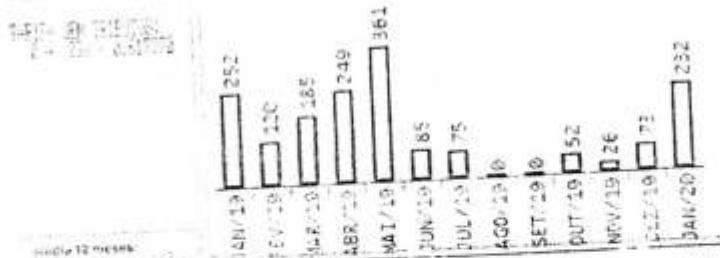
Nº da Nota Fiscal: 4414605
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
data limite 10/12/2010 26 de outubro de 2009 F.CAM

JANEIRO/2020 06/02/2020 232 207,89
CPF: 00016732129752

IVAN ALVES DOS SANTOS
R. JOSÉ DE SOUZA 13 - CALDÉIA
CEP: 69.305-160 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (WH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
DATA:	Anual	Grupo/Subgrupo:
UNIDADE:	Unidade	Classificação:
DISPONIBILIDADE:	Residencial	Lotação:
Centro de Matriz de Leitura:	Unidade	Número Medidor:
Centro de Medição:	Apresentação	Forma de Faturamento:
Centro de Faturador:		Modalidade:

CONTRIBUÍDO: R\$ 0,791481 = 176,43
CORRICAU INÍCIA (ARIA DA TI) 0,03
CORRICAU MONETÁRIA (CARTA) 0,30
MULTA POR ATRASO DE TI 1,64
JUROS DE MORA POR ATRASO DE TI 0,31
MULTA POR ATRASO (EX) 1,56
JUROS DE MORA DE IMPORTO 0,45
MULTA PÚBLICA 27,17



Média 12 meses:



RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Encargos:	
Impostos:	
Transmissão:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS:	
RS:	
COPRENS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DMC		DMC		DMC		DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Consumo:	6,63	17,46	54,12	7,17	14,54	29,08	3,54	
Variação:	0,30		0,00			0,00		

Período de abrangência: 31/12/2019 - 06/01/2020

Média: 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



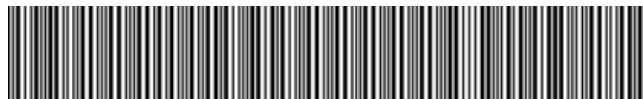
RORAIMA ENERGIA

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
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



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: 0800-1596 / 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 Ouvintor: 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=20636>

A Circular SUSEP¹ 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 no COAF².

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Faria
inscrito (a) no CPF/CNPJ 829.396.343-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Lilia Selva Costa, inscrito (a) no CPF sob o N° 037.105.962-38,
do sinistro de DPVAT Loberlura invalidez da Vítima Lilia Selva Costa,
inscrita (a) no CPF sub o N° 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 Lider-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>Beaúnto</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>Wkanlo992@gmail.com</u>				CEP:	<u>69.318-050</u>
					Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data:

Beaúnto RR 17 de junho de 2020

William Gonçalves Faria

Assinatura do Declarante

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

1^ª 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															
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo F	Estado Civil SOLTEIRO(A) PARD	Raça/Cor	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA												
Mãe				Pai	Contato															
Endereço RUA - JOAO XXIII - 30 - CENTRO - CAROEBE - RR									Ocupação											
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº 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: SOUZA													
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue Paciente vítima de acidente automobilístico																			
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL														
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456																
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)																				
Paciente relata acidente automobilístico (motoxmoto). Refere dor em perna esquerda, elevada e com dor. Dor cervical. Nenhuma alergia medicamentosas.																				
Exame Físico 3EG, lote, eupneia, acaloramento, anestesia, obscuras IS.																				
Hipótese Diagnóstica																				
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____																				
PRESCRIÇÃO 1. Diposava 1g (2) Nôtre M. da Silva 2. Tint. L. do mg (2) Téc Enfermagem 10/15					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO														
<table border="1"> <tr> <td>AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N</td> <td>1-0520</td> </tr> <tr> <td colspan="2">AMBULATÓRIO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Paciente: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Assinatura: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data e hora da saída/alta: _____</td> </tr> </table>									AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N	1-0520	AMBULATÓRIO		Paciente: _____		Data: _____		Assinatura: _____		Data e hora da saída/alta: _____	
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N	1-0520																			
AMBULATÓRIO																				
Paciente: _____																				
Data: _____																				
Assinatura: _____																				
Data e hora da saída/alta: _____																				
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopédica																				
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: _____																				
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família																				
Dr. Jorge Barros Freitas Med. Carimbo e Assinatura do Médico																				
Assinatura do Paciente ou Responsável																				
Impresso por: sousa Data Hora: 13/03/2020 20:01:41																				

Ortopedia Dr. Konacat

Pac. com fratura de braço lito. lítio e
pe (E) nos accidente de moto

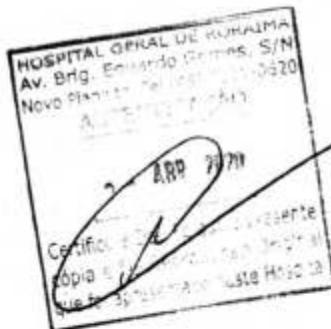
Eff Jesus de Ponto mole da lesão 3^o e 4^o tendão
enclavado do pe (E)

Radiografia da lesão ossos

H-17 Jesus 3^o e 4^o tendão enclavado pe (E)
+ lesão extensa sobre osso

L-17 Aspirado e Antibiótico + Analgésico + Faragema
meconium enclavado com 57 cm. de longo fundo
0,9% + Penicilina de 3^o e 4^o tendão
enclavado + DMC + Sutura da pele +
curativos + (m) Lucas para fissa da +
antibióticos + analgésico + Nitrona + Atrofina

DR. DILDOCHI OKAUNI
Médico Residente
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 18511/RJ





LÍVIA SILVA COSTA

3374

07/04/2020



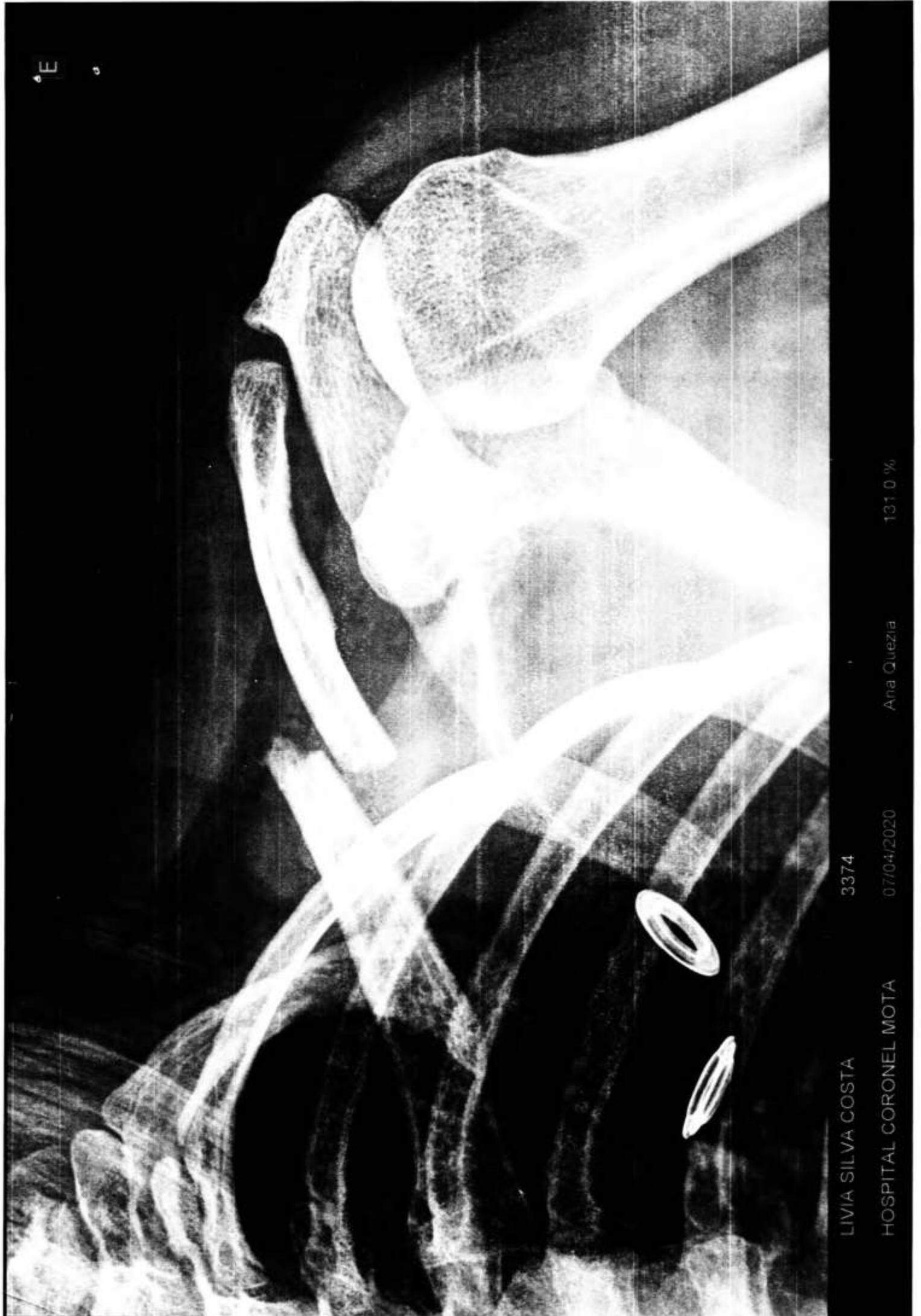
92.6%

07/04/2020

Ana Quezla

HOSPITAL CORONEL MOTA

E



1310%

Ana Quezada

07/04/2020

LIVIA SILVA COSTA
HOSPITAL CORONEL MOTA

3374

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

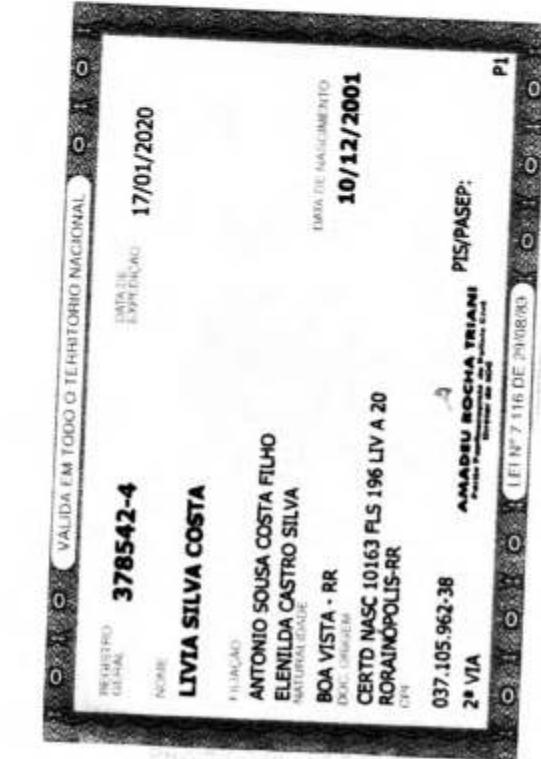
2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013774840406
DETAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VN 01 00508907411 2019
COO/RE/NAM/AM/RR/TC
EXERCÍCIO
2019

NOME
ELENILDA CASTRO SILVA

DENATRAN

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 0600 022 1204

CPF/CNPJ
703.203.732-15
PLACA ANT/UR

NBQ9492
CHASSI

902JC4820DR036620
ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL
Nº PIS/INSCRIÇÃO

FABRICANTE
HONDA/ BIZ 125 ES
ANO/ MODELO

2013 2013
COR PREDOMINANTE

VERMELHA
PARTICUL

VENC. COTA ÚNICA
1º *-*-*-*-*-*
2º *-*-*-*-*-*
3º *-*-*-*-*-*

VENCIMENTO
2013

DATA DE PAGAMENTO
27/03/2019

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2013	24/04/2019

PLACA
NBQ9492

ANO FAB	ANO MODELO	MARCA / MODELO
2013	2013	HONDA/ BIZ 125 ES

RE-NAM/AM
VERMELHA
COTA ÚNICA

PRÉMIO TARIFÁRIO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15
R\$ 4,15	R\$ 4,15	R\$ 4,15

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

VALOR (R\$)
VALOR (R\$)
VALOR (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013774840406-04

18318323-08

DEZ-2018

Igo Gomes Brasil

DATA

27/03/2019

CARDEBE-RR

DETAN-RR

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

Valorização 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183835/20

Vítima: LIVIA SILVA COSTA

CPF: 037.105.962-38

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIVIA SILVA COSTA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO