
Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190450717

Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190450717

Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **618.382.332-53** Nome completo da vítima: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

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

Nome completo: **Sirley da Silva Nascimento Franco** CPF: **618.382.332-53**

Profissão: **Vendedora** Endereço: **Rua: CC-14** Número: **426** Complemento: **Casa**

Bairro: **Ipaura Moreira** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.318-065**

E-mail: **ILWFRRR@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **(051)98403-5060**

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: **5076** **8** CONTA: **13557** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Boa Vista-RR**

Nome: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

CPF: **618.382.332-53**

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Sirley da Silva N. Franco

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 117/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 31/05/2019.

COMUNICANTE: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

RG: 168176 SSP/RR CPF: 618.382.332-53

ENDEREÇO: RUA CC 14, Nº 426, BAIRRO: LAURA MOREIRA

CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DO LAR

DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1978

IDADE: 40 ANOS GRAU DE INST: ENS. MÉD. COMP.

ESTADO CIVIL: CASADA TELEFONE: 99137-0610 Nº REG. CNH: 04093202699

NOME DO PAI: JOSÉ FERREIRA DO NASCIMENTO

NOME DA MÃE: FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA NASCIMENTO

A comunicante acima qualificada compareceu nesta delegacia para informar que no dia 11/12/2018, por volta das 15h00min, se encontrava conduzindo a motocicleta Honda CG 150 Titan, de cor vermelha, placa NAY-6118, ano/modelo 2014/2015, chassi 9C2KC1650FR500614, Renavam 01017490454 de sua propriedade, que trafegava na rua Professor Diomedes sentido São Vicente quando no cruzamento com a avenida Terencio Lima um carro de cor cinza que era conduzido por uma mulher invadiu a preferencial ocasionado uma colisão. Que com a colisão, a comunicante veio ao solo. Que devido as lesões sofridas, a comunicante foi levada ao HGR por uma equipe do SAMU. Que no hospital foi constatado a fratura de um osso da mão direita e de dois dedos do pé esquerdo. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

João Paulo Dinelly Coelho

Agente de Polícia

Mat: 042000931

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Comunicante

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei-origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista – Roraima – Brasil

26 JUL. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **618.382.332-53** Nome completo da vítima: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

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

Nome completo: **Sirley da Silva Nascimento Franco** CPF: **618.382.332-53**

Profissão: **Vendedora** Endereço: **Rua: CC-14** Número: **426** Complemento: **Casa**

Bairro: **Paula Moreira** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.318-065**

E-mail: **ILIOFRRE@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **(05)98403-5060**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: **5076** **8** CONTA: **13557** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Boa Vista-RR**

Nome: **Sirley da Silva Nascimento Franco**

CPF: **618.382.332-53**

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Sirley da Silva N. Franco

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

1801045650

11/12/2018 15:33:04

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

28

Paciente **SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO** Data Nascimento **03/11/1978** Idade **40 A 1 M 8 D** CNS **706400160081785** CPF **61838233253** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
F **PARDA** **BOA VISTA - RR** **BRASILEIRA**
Mãe **FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA** Pai **NI** Contato **(95) 99137-0610**
Endereço **RUA - CC 14 - 426 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **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 **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **ANTONIA.SOARES**

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

Anamnese de Enfermagem *Escorção Soares*

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)

Atus acidente moto

Exame Físico

See. lib, ore, l. e. l.

Hipótese Diagnóstica

Acidente moto c/ Escorção Fratura mto

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IM ☐ Infância Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 11/12/2018 15:33:40

© 2018
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
RUA - CC 14 - 426 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR



1801045650

26 JUL. 2019

Ortopedia R. Rogers

Puncta 4 de Hoam de idela v. l. h
ch luma no pe (E) tras acedute d. molo
S.I.C.

off dor + clif. l. 4° e 5° PDP pe (E)

Radiograf: fratura fuge PDP 4°, 5° pe (E)

il. 1) L 4°, 5° PDP (E)

il. 2) analga + analga + Ketorol

Dr. Odinachi Okemiti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3651/RR

26 JUL. 2019



E



SIRLEY DE S NASCIMENTO

1303

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2019

Fabiola Castro

70 8 %

09/01/2019

107.3 %

124.9 %

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO 205

09/01/2019

E

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 002936098

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	16/06/2019	554	409,96

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
R. CC 14 426 LAURA MOREIRA
CPF: 00061838233253
CEP: 69.318-065 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.366400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	52063	Atual:	23/05/2019
Anterior:	51509	Anterior:	22/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/06/2019
Consumo Medido:	554	Emissão:	22/05/2019
Consumo Faturado:	554	Apresentação:	23/05/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Utição	Número Medidor	Posto	Código Fat	Méda 12 meses
RESID. BX. RENDA- BI		11EDB01097M	1416764	1.4.1.2	589

HISTÓRICO KWH	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Méda 12 meses	
ABR/19 732	CONSUMO 30 A R\$ 0,262144 = 7,86
MAR/19 566	70 A R\$ 0,449385 = 31,45
FEV/19 515	120 A R\$ 0,674084 = 80,89
JAN/19 594	334 A R\$ 0,748975 = 250,15
DEZ/18 501	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 53,23
NOV/18 691	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,10
OUT/18 691	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 2,65
SET/18 497	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 0,77
AGO/18 565	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,14
JUL/18 537	MULTA POR ATRASO 03/19-00 7,68
	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 2,17
	ILUMINACAO PUBLICA 26,10

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/06/2019. O não pagamento por 30 dias também a inclusão do nome do consumidor na SCRAM. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIQUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 90C4.6E3D.CC83.B981.1E40.CF30.8E86.5824

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	95,15	Base de Cálculo:	370,35
Energia:	201,77	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	62,95
Encargos:	10,48	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	62,95	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
3,02 6,00 0,63

DISTRITO

03/2019

159,59

ROT: 7.001.28.01.366400



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0070455-5	TOTAL A PAGAR - R\$ 409,96
MES FATURADO 05/2019	VENCIMENTO 16/06/2019
Nº da Nota Fiscal: 002936098	FCAM

83620000004 7 09960075000 6 00000000070 3 45550519008 8



26 JUL 2019

SEQ.: 00196 UC: 0070455-5 DT.LEIT.: 23/05/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 52063 NORMAL TOTAL: 409,96 CARGA: 019
DT.VENC.: 16/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1303

ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pelo SEFAZ 368/13

0108917-0

Nº da Nota Fiscal

003122719

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

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	360	373,63

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 4 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	ROT: 5.001.12.04.021724
Atual:	51562		
Anterior:	51202		
Constante de Multiplicação:	1,000		
Consumo Medido:	360		
Consumo Faturado:	360	FCAM	

DADOS DA LEITURA	
Atual:	24/06/2019
Anterior:	27/05/2019
Próxima Leitura:	24/07/2019
Emissão:	19/06/2019
Apresentação:	24/06/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classificação:	28
Ligação:	
Numero Medidor:	
Posto:	
Código Fat:	
Metro 12 metros:	

RESIDENCIAL BI 2207276 N 1519448 1.1.1.2 461

HISTÓRICO kWh	DESCRICO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 453	CONSUMO 360 A R\$ 0,773664 = 278,51
ABR/19 438	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,43
MAR/19 505	CANC-DESC S/MULPARCEL 03/19-00 4,35
FEV/19 389	CANC-DESC S/JUR.PARCE 03/19-00 4,07
JAN/19 356	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 13,65
DEZ/18 419	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 2,60
NOV/18 512	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,69
OUT/18 508	MULTA POR ATRASO 03/19-00 15,16
SET/18 499	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 12,12
AGO/18 544	ILUMINACAO PUBLICA 42,05

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
04/2019 777,03
Informamos a existência de débitos vencidos no valor de R\$ 777,03 em parcelas legais até esta data. Caso o(a) devedor(a) já tenha sido pago(a), procurar uma loja de atendimento de Eletricidade Distribuição Roraima com o(a) comprovante de pagamento.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

26 JUL. 2019

RESERVADO AO FISCO D37B.5443.E5F9.49D0.15E4.9A9F.888B.3A6D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia 149,97	Aliquota ICMS: 17,00%
Transmissão 0,00	Valor do ICMS: 47,34
Encargos 7,79	Valor do PIS: 0,47
Tributos 50,03	Valor do COFINS: 2,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,00			0,00			0,00
FLORESTA						
ROT: 5.001.12.04.021724						



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

0108917-0

TOTAL A PAGAR - R\$ 373,63

MES FATURADO 06/2019

VENCIMENTO 11/07/2019

003122719 FCAM

03620000003 9 73630075000 6 00000000108 1 91700610008 1



SEQ.: 00070 UC: 0108917-0 DT. LEIT.: 24/06/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 51562 NORMAL TOTAL: 373,63

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 22 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 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 Elton Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.612 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sirley da Silva Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 618.382.332 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sirley da Silva Nascimento Franco inscrito (a) no CPF sob o Nº 618.382.332 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>eltonr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98403-5060</u>

26 JUL. 2019

Boa Vista - RR, 26 de julho de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1801045650

11/12/2018 15:33:04

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

28

Paciente **SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO** Data Nascimento **03/11/1978** Idade **40 A 1 M 8 D** CNS **706400160081785** CPF **61838233253** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **F** Estado Civil **PARD** Naturalidade **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA** Pai **NI** Contato **(95) 99137-0610**
Endereço **RUA - CC 14 - 426 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **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 **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. Registrado por: **ANTONIA.SOARES**

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

Anamnese de Enfermagem *Escorção Soares*

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)

Atus acidente moto

Exame Físico

See, lto, ore, lto

Hipótese Diagnóstica

Acidente moto c/ Escorção Fratura mto

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IM ☐ Infância Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 11/12/2018 15:33:40

© 2018
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
RUA - CC 14 - 426 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR



1801045650

26 JUL. 2019

Ortopedia R. Rogers

Puncta 4 de Hoam de idela v. l. h
ch luma no pe (E) tras acedute d. molo
S.I.C.

off dor + clif. l. 4° e 5° PDP pe (E)

Radiograf: fratura fuge PDP 4°, 5° pe (E)

il. 1) L 4°, 5° PDP (E)

il. 2) analga + analga + Ketorol

Dr. Odinachi Okemiti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3651/RR

26 JUL. 2019



E



SIRLEY DE S NASCIMENTO

1303

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2019

Fabiola Castro

70 8 %

09/01/2019

107.3 %

124.9 %

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO 205

09/01/2019

Marcos

Marcos

E

26 JUL 2019
FABRIL PLASTIFICADA

980151096

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
NOME
ILDEIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. (RG, PASSAPORTE)
114807 SSP RJ
CPF
389.051.512-04

DATA DE NASCIMENTO
07/04/1976

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
OLIVEIRA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
28/01/2020

ACC
CACHIMB
AB
15/12/1999

REGISTRO
01101912304

CONDIÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA
AGENCIA DO PORTUARI

RECEBIMOS ASSINATURA E PRESTA
E PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015
92485240616
RR207868020

26 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA 01 01017450454 **EXERCÍCIO** 2018

R.N.T.R.C.

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

RR

618.382.332-53 **PLACA** NAY6118

9CEKCY1650FR500614
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. **COMBUSTÍVEL**
HONDA/CR 150 TITAN ESD
2P/0149CC/ **CATEGORIA** **PARTICU**
1° *PAGO* **COTA ÚNICA** ***PAGAR*** **1°** **VENC./COTAS**
2° **FAIXA LVA** **PARCELAMENTO** **COTAS** **2°** **VENC./COTAS**
3° **PAGO COTA ÚNICA** ****** **3°** **VENC./COTAS**
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB. SAIR AMAZ OCIO *
BOA VISTA-RR **DETRAN-RR** **DATA** 30/11/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT
RR Nº 013254818120 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
618. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO 30/11/2018

CPF 618.382.332-53

NAY6118
01017450454 **HONDA/CR 150 TITAN ESD**
9CEKCY1650FR500614
PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$81.29 **DETRAN (R\$)** **R\$9.03** **CUSTO DO SEGURO (R\$)** **R\$90.33**
R\$4.15 **BILHETE (R\$)** **R\$0.7** **R\$125.3**
2P/11/2018
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 03.248.898/0001-04


PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190450717 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3190450717 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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:	Sirley da Silva N. Franco
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Vendedora
IDENTIDADE:	568.276
ENDEREÇO:	CC 14 N° 426 Laura Moura

OUTORGADO

NOME:	Gleir Inecine de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antonio P. Calvo 1834

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: 11/12/2018, cobertura Invalidez, vítima: Sirley da Silva Nascimento Franco.

Boa Vista 15-03-19

LOCAL E DATA

Sirley da Silva N. Franco

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Sirley da Silva Nascimento Franco

26 JUL. 2019

CARTÓRIO DO
2º OFÍCIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256319/19

Vítima: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

CPF: 618.382.332-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/12/2018

Titular do CPF: SIRLEY DA SILVA
NASCIMENTO FRANCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO : 618.382.332-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2019
Nome: SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO
CPF: 618.382.332-53

SIRLEY DA SILVA NASCIMENTO FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO