
Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323436

Vítima: BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS

Data do Acidente: 24/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS

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, contados 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

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:

028.451.362.85

4 - Nome completo da vítima:

Isaura Dayanne Marques Santos

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

5 - Nome completo:

Bruna Dayanne Marques Santos

7 - Profissão:

Enfermeira

8 - Endereço:

Rua Tupy Guimaraes

6 - CPF:

028.451.362.85

11 - Bairro:

Liberdade

12 - Cidade:

Bom Jesus

9 - Número:

164

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309.109

16 - Tel(DDD):

(95) 99165-7510

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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)

☐ 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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: Bom Jesus, RR, 16 de Agosto de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Vr 004	SUCp 1º BPM	Data 24/12/2019	S/Setor LESTE	H/Transm ****	H/Int ****	Ch/H 16:10	H/Fu 18:10	
Cod. Oc. 1001/1003	Cod. Prov. 13023/13999	Cod. Ser. Prest. XXXXX	Km/In. 11324	Km/Fm 11341				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL: AV VILLE ROY ESQUINA COM RUA ARARAQUARA

Bairro: SÃO VICENTE

Ref.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1	ENVOLVIDO	Nome: BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS	Idade: 23	E. Civil: SOLTEIRA
Endereço: RUA JUAZEIRO Nº 695 BAIRRO CENTENÁRIO TEL 991089773				
Edt. R.G. 4266269 SSP/RR		CNH 07036720396 A	Profissão: ESTAGIARIA	
2	ENVOLVIDO	Nome: GLAUCIA BARBOSA DE MELO	Idade: 79	E. Civil: DIVORCIADA
Endereço: RUA PERPETUA Nº 223 PRICUMÃ CEL: 991666502				
Edt. R.G. 4795 SSP/RR		CNH 01032789734 AB	Profissão: APOSENTADA	
3	*****	Nome: *****	Idade: ***	E. Civil: *****
Endereço: *****				
Edt. R.G. ****		CNH: *****	Profissão: *****	
4	*****	Nome: *****	Idade: ---	E. Civil: *****
Endereço: *****				
Edt. R.G. *****		CNH XXXXXXXX	Profissão: XXXXXXXX	

VEICULOS/DANOS

- 1- MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 DE COR PRETA PLACA NAV7090: CARENAGEM FRONTAL QUEBRADA, PEDAL E RETROVISOR DANIFICADO.
- 2- FORD FIESTA DE COR PRATA PLACA JIK9586: PARACHOQUES FRONTAL DANIFICADO, E CAPÔ AMASSADO

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA

Daniel Amaral dos Santos

CARGO

APC 4200320

LOCAL

1º DP/131

HISTÓRICO

SENHOR (A) DELEGADO (A) DO 1º DP

Esta equipe em patrulhamento de rotina se deparou com um acidente de trânsito no endereço supracitado e que viu as envolvidas no local e que conforme relato das mesmas a Senhora Glaucia vinha em seu automóvel Fiesta na rua Araraquara sentido São Vicente Macejane e que chegar no cruzamento da Av Ville Roy ultrapassou a preferencial e com isso veio a colidir com a motocicleta BIZ da Senhora Bruna que vinha na preferencial (Av Ville Roy sentido centro Bairro) causando danos materiais acima citados. A Bruna foi encaminhada para o pronto socorro Francisco Elesbão pela equipe do Resgate para procedimentos. E a Senhora Glaucia nada sofreu e entraram em acordo. Era o que tinha a relatar.

DANIEL GENTIL DE GOES

40.752-6

Nº

3ºSGT PM

Posto/Graduação

1ºBPM/CPC

SUOp



Daniel Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200323436 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS **Data do acidente:** 24/12/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

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:
LEVE DE PUNHO DIREITO E LEVE DE OMBRO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:

028.451.362.85

4 - Nome completo da vítima:

Isaura Dayanne Marques Santos

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

5 - Nome completo:

Bruna Dayanne Marques Santos

7 - Profissão:

Enfermeira

8 - Endereço:

Rua Tupy Guimaraes

6 - CPF:

028.451.362.85

11 - Bairro:

Liberdade

12 - Cidade:

Bom Jesus

9 - Número:

164

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309.109

16 - Tel(DDD):

(95) 99165-7510

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4163

3

CONTA: 59514

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viuvo

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 (a) (nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

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: Bom Jesus, RR, 16 de Agosto de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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: 18/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000059514-4

Nr. da Autenticação 87AEC8FBF9668017

CONSUMO
PERÍODO: **FEVEREIRO/2020** DATA: **05/04/2020**
CONSUMO (KWH): **297** TOTAL A PAGAR (R\$): **367,25**
CPF: 00069662932291

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 39795	Atual: 21/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 39498	Anterior: 24/01/2020	Classificação: RESIDENCIAL
Dias de Consumo: 28	Próxima leitura: 21/03/2020	Ligação: BILFAGICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 20/02/2020	Número Medidor: E2801665
Consumo medido: 297	Apresentação: 21/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 297		Modelo: N 1525486

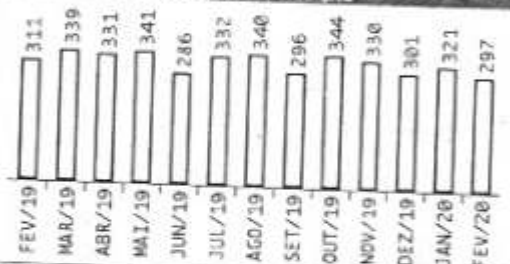
CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
297	297 A R\$ 0,765725 =	227,42
	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 11/19-00	0,38
	CORR MONETÁRIA TCD IG 5/5	2,04
	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/19-00	2,26
	MULTA POR ATRASO DE 1 11/19-00	1,91
	JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00	0,38
	MULTA POR ATRASO 11/19-00	6,78
	PARCELAMENTO DE DÉBITO 5/5	85,64
	JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00	4,07
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	31,37

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - 0,617778

Média 12 meses: 322

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020. O rec. pagamento poderá cancelar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
12/2019 259,94

LIGUE 08007815120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

D642.DE75.A679.8491.7292.6051.7518.C880

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	122,77	Encargos:	6,95
Distribuição:	53,77	Tributos:	43,93
Transmissão:	8,00		
		Base de Cálculo:	227,42
		ICMS:	17,88%
		PIS:	0,41%
		COFINS:	1,91%
			38,66
			0,93
			4,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DMC	DICB
Máx: 1,00	Máx: 1,00	Máx: 1,00	Máx: 1,00
Realizado: 0,63	Realizado: 1,00	Realizado: 0,63	Realizado: 0,63
Composto: FLORESTA	Período de aplicação: 12/2019	Realizado: 90,77	

---ROT: 5.001.12.02.002400



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44
Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0019506-5

TOTAL A PAGAR - R\$
367,25

MÊS FATURADO
02/2020

VENCIMENTO
05/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4675005

FCAH*

836200000003 9 67250075000 1 000000000019 0 50650220000 8



SEQ.: 0268 UC: 0019506-5 DT. LEIT.: 21/02/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 39795 NORMAL TOTAL: 367,25 CARGA: 003
DT. VENC.: 05/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4052

WORLDWIDE ENERGY S.A.
Av. Capitão José Garçon, 661 - Centro - São Paulo - SP
CNPJ: 01.547.470/0001-02 | Insc. Estadual: 24.089.012-3
Rua Paçol, 17 | Centro de Energia Térmica - Jards B-1
Núcleo Especial de Impressão Autorizada pela SGT-7, Sem

4675085

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

CONDIÇÃO	VERIFICADO	CONSULTE (S)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	05/04/2020	297	367,25
ANDREAZZA ARAUJO DA SILVA		CPF: 00069662932291	
R. TEN GUINARAFES 164 - LIBERDADE			
CEP: 69.309-109 - BOA VISTA			

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	27.93	Atual:	21/02/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1-E
Anterior:	394.98	Anterior:	24/01/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	28	Próxima leitura:	21/03/2020	Localização:	BILFRENÇA
Constante de Multiplicação:	1.000	Unidade:	28.02.2020	Numero Medidor:	E2831665
Consumo medido:	297	Apresentação:	21/02/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	297			Modalidade:	N 152496

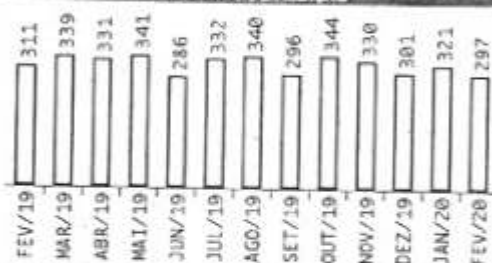
DESCRICAO DA CONTA		
CONSUMO	297 A R\$	0,765725 =
CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00		227,47
CORR MONETARIA TCD (IG 5/5		0,38
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00		2,04
MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00		7,26
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00		1,91
MULTA POR ATRASO 11/19-00		0,38
PARCELAMENTO DE DEBITO 5/5		6,78
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00		85,64
ILUMINACAO PUBLICA		4,07
		31,37

OUTRAS INFORMAÇÕES:

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 237 - 0,6177%

British Times 373

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/05/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SPERA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano	Valor R\$
12/2019	265,94

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO D642.DE75.A679.8491.7292.6051.751B.C880

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	122,77	Encargos:	5,95
Distribuição:	53,77	Tributos:	43,93
Transmissão:	8,88		

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DICI
	Verbal	Teórica	Prática	Verbal	Teórica	Prática	Atual	Atual
Limite								
Realizado	0,63			1,00			0,63	
Conjuntos	FLORESTA			Período de aplicação:			12/2019	90,72

ROT: 5.001.12.02.002400



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE BORAIME
Av. Capitão Sfrd Garcia, 881 - Centro - Bica Vista - SP
CNPJ: 02.381.430/0001-44
fax: (14) 307.023-3

SEU CÓDIGO
0019506-5

TOTAL A PAGAR - R\$

MÊS FATURADO
02/2020

VENCIMENTO
R\$ 1.047,00

807 rue Notre-Dame

FCAM®

83620000003 9 67250075000 1 000000000019 0 50650220000 0



SEQ.: 0268 LC: 0019506-5 DT.LEIT.: 21/02/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 39795 NORMAL TOTAL: 367,25 CARGA: 003
DT.VENC.: 05/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4052

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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/bibliotecaWEB/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 Adriano Anaujo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 683.195.332-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bruna Dayane Marques Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.451.362-85 do sinistro de DPVAT cobertura Indenizável da Vítima Bruna Dayane Marques Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.451.362-85 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		Número	Complemento
<u>Rua Tenente Guimarães</u>		<u>164</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CPF
<u>Liberdade</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.309.109</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>anaujo.bruna@loimail.com</u>			<u>(95) 99165-7510</u>

Boa Vista RR, 17 de Agosto de 2020
Local e Data

Adriano Anaujo da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Engenheiro 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.

1901201563	24/12/2019 16:51:55	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	30
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS	08/12/1996	23 A 0 M 16 D	700007597210706	02845136285	
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	4266269	SSPRR	15/06/2018	F	PARDA
Mãe	ROSEANNE MARQUES ALVES	Endereço	RUA - JUAZEIRO - 695 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR		
Pal	LINDOMAR DE OLIVEIRA	Contato	(95) 99108-9773		
Ocupação					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	RESGATE		ANTONIA.SOARES		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
POX OMBO ESQUERDO E PUNHO DIREITO					
Anamnese de Enfermagem	GSC		TOTAL		
	AO: 12 34 RV: 12 345 MRV: 12 34 56		15		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	ADA, BEG, LOPE				
Exame Físico	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUEIXA POR NO OMBO ESQUERDO E NO PUNHO DIREITO; QUEIXA USO DE CAPOTE; NENHOS TRAUMAS/DESMEMBROS E PERDA DE CONSCIÊNCIA. - NENHOS ALERGIA E MEDICAMENTOS				
Hipótese Diagnóstica	TUMOR CONTUSO PUNHO DIREITO. FRATURA DE CLAVÍCULA.				
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
1) Difenidramina 50 mg EV Tiludil 20 mg EV	17/05h				
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: ORTOPEDIA				
óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /				
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 24/12/2019 16:52:47	Pedro Lins Médico CRM 2142				



1901201563

Refer: ter 10 peds guido route way
e y la con pulso ① i charcuta ②
EF: ADM unidades y la
cubro ③ / Pulso ④

Rx- Pat charcuta ③ / 08 guido
Sus rivas evidentes por Pulso ④ /
Tab. guido

- Puntos cinto, central y laterales

Mr. Rogério Dean
CRM 1205 RR
RQE 114
ortopedista

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANO ARAUJO DA SILVA



DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSORAS
159378 SSP RJ

CPF
683.195.332-87

DATA NASCIMENTO
14/02/1962

FUNÇÃO
JOSE ARAUJO DA SILVA
JULIETA SARAHNE DA
SILVA

PERMISSÃO
CATEGORIA
AB

REGISTRO
01943474788

VALIDADE
06/10/2021

EXPIRAÇÃO
01/08/2001

OBSERVAÇÕES

Adriano Araujo da Silva

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
11/10/2016

71657128142
8A209000893

DETRAN-RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1295865771

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
1295865771

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF

4266269 SESP RR

CPF

028.451.362-85

DATA NASCIMENTO

08/12/1996

FILIAÇÃO

LINDOMAR DE OLIVEIRA
SANTOS

ROSEANNE MARQUES ALVES

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB

AB

Nº REGISTRO

07036720397

VALIDADE

11/12/2022

1ª HABILITAÇÃO

16/04/2018

OBSERVAÇÕES



Bruna Dayanne Marques Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA, RR

IGO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO

23/04/2019

46426616551
RR210120851

RORAIMA



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1833567221

PROIBIDO PLASTIFICAR

1833567221

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254475/20

Vítima: BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS

CPF: 028.451.362-85

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/12/2019

Titular do CPF: BRUNA DAYANNE
MARQUES SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANO ARAUJO DA SILVA : 683.195.332-87

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

BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS : 028.451.362-85

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: 09/09/2020
Nome: ADRIANO ARAUJO DA SILVA
CPF: 683.195.332-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ADRIANO ARAUJO DA SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Bruna Dayanne Marques Santos
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: _____ RG: _____
CPF: 028.451.362/85 ENDEREÇO: Rua: Maximo, 655
BAIRRO: Antônio CIDADE: Boa Vista
CEP: _____

VÍTIMA: Bruna Dayanne Marques Santos
CPF: 028.451.362/85 DATA DO ACIDENTE: 24/12/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: ADRIANO ARAUJO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 169.378 ORGÃO EMISSOR: SSP/RR
Nº CPF: 683.195.332-87
ENDEREÇO: RUA, TENETE GUIMARÃES, 164, BAIRRO, LIBERDADE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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, 12 de MAIO de 2020.



Bruna Dayanne Marques Santos
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254475/20

Vítima: BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS

CPF: 028.451.362-85

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 24/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNA DAYANNE
MARQUES SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANO ARAUJO DA SILVA : 683.195.332-87

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

BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS : 028.451.362-85

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: 09/09/2020
Nome: ADRIANO ARAUJO DA SILVA
CPF: 683.195.332-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ADRIANO ARAUJO DA SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO