

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, 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**.

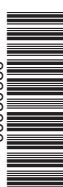
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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:

Bruna 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

6 - CPF:

028.451.362.85

7 - Profissão:

Estagiária

8 - Endereço:

Rue Turutu Guimaraes

9 - Número:

164

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Liberdade

12 - Cidade:

Bragança

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

69.309.109

15 - E-mail:

93199165-7510

DADOS CADASTRAIS

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) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco da Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(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 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, 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim Não

nascituro (vfnascer)?

 Não

31 - Vítima

 Sim

teve irmãos?

 Sim Não Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Horizonte - MG - 16/06/2018

Bruna Dayanne Marques Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PMRR - 1º BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 096442

W 004	SU/C 1º BPM	Data 24/12/2019	S/Setor LESTE	H/Transm *****	H/mi ***	Ch/H 16:10	H/F 18:10
Cod. Dc.	Cod. Prov.			Cod. Ser. Prent	Km/mi		Km/Fin
1001/1003	13023/13999			XXXXXX	11324		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.Civl: SOLTEIRA		
Endereço:	RUA JUAZEIRO N°695 BAIRRO CENTENARIO TEL 99108973						
Ed. RG	4266269 SSP/RR CNH 07036720396 A			Profissão: ESTAGIARIA			
2 ENVOLVIDO	Nome: GLAUCIA BARBOSA DE MELO			Idade: 79	E.Civl: DIVORCIADA		
Endereço:	RUA PERPETUA N° 223 PRICUMÃ CEL 991666502						
Ed. RG	4795 SSP/RR CNH 01032789734 AB			Profissão: APOSENTADA			
3 *****	Nome: *****			Idade: ***	E.Civl: ****		
Endereço:							
Ed. RG	CNH *****			Profissão: *****			
4 *****	Nome: *****			Idade: ---	E.Civl: -----		
Endereço:							
Ed. RG	CNH XXXXXXXX			Profissão: XXXXXXXX			
VEICULOS/DANOS							

- 1- MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 DE COR PRETA PLACA NAV7090: CARENAGEM FRONTAL QUEBRADA, PEDALE E RETROVISOR DANIFICADO.
- 2- FORD FIESTA DE COR PRATA PLACA JIK9986: PARACHOQUES FRONTAL DANIFICADO, E CAPÔ AMASSADO

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

ASSINATURA *Bueno da Costa* CARGO: 1ºPC 42000320 LOCAL: 1º DP / 136

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 Macejana 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

3ºSGT PM

1ºBPM/CPC

Nº

Posto/Graduação

SU0p



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:

Bruna 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

6 - CPF:

028.451.362.85

7 - Profissão:

Estagiária

8 - Endereço:

Rue Turutu Guimaraes

9 - Número:

164

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Liberdade

12 - Cidade:

Bragança

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

69.309.109

15 - E-mail:

93199165-7510

DADOS CADASTRAIS

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) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco da Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(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 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, 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim Não

nascituro (vfnascer)?

 Não

31 - Vítima

 Sim

teve irmãos?

 Sim Não Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Horizonte - MG - 16/06/2018

Bruna Dayanne Marques Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 00000059514-4

Nr. da Autenticação 87AEC8FBF9668017

FEVEREIRO/2020 **05/04/2020**

ANDREAZZA ARAUJO DA SILVA
R. TEN GUIMARAES 164 - LIBERDADE
CEP: 69.309-189 - BOA VISTA

CONSUMO ANNU **TOTAL A PAGAR R\$**
297 **367,25**
CPF: 00069662932291

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	297	Atual:	21/02/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	293	Anterior:	24/01/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	78	Próxima Leitura:	21/03/2020	Ligação:	BIFÁTICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	26/02/2020	Número Medidor:	E281665
Consumo medido:	297	Apresentação:	21/02/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo faturado:	297			Modalidade:	N 152548

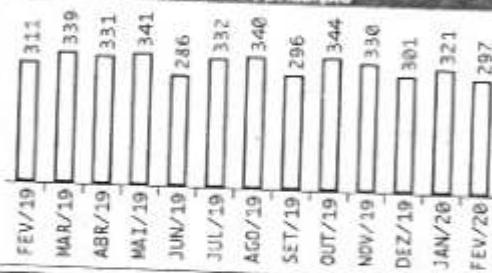
CONSUMO		DESCRIPÇÃO DA CONTA	
CORREÇÃO MONETARIA DA	11/19-00	297 A R\$ 0,765725 =	227,42
CORR MONETARIA TCD (IG 5/5			0,38
CORREÇÃO MONETARIA IG 11/19-00			2,04
MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00			7,26
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00			1,91
MULTA POR ATRASO 11/19-00			0,38
PARCELAMENTO DE DEBITO 5/5			6,78
JUROS DE MORA DE IMPÔ 11/19-00			85,64
ILUMINAÇÃO PÚBLICA			4,87
			31,37

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - R\$ 0,765725

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 07/04/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SIESSON. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano: Valor: R\$
12/2019 359,94

LIGUE 0997819128 E FAÇA FROTA VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

D642.DE75.A679.8491.7292.6D51.751B.C880

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	122,77	Encargos:	6,95
Distribuição:	53,77	Tributos:	42,95
Transmissão:	8,98		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	IPI:	17,88%	38,66
227,42	PIS:	8,41%	9,93
	COFINS:	1,91%	4,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICB
Limite	122,77	84,91	60,59	51,40
Realizado	0,63	1,00	0,63	0,63
Conjunto	FLORESTA	Periodo de Aplicação:	12/2019	90,72
---ROT:	5.001.12.82.002400			

**RORAIMA
ENERGIA**

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-04
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

FCAM*

83620000003 9 67250075000 1 00000000019 0 50650220008 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

CONTABILIZADO
FEVEREIRO/2020

VENCIMENTO
05/04/2020

CONSUMO (KWH)
297

TOTAL A PAGAR (R\$)
367,25

ANDREAZZA ARAUJO DA SILVA
R. TEN GUIMARAES 164 - LIBERDADE
CEP: 69.309-109 - BOA VISTA

CPF: 00069662932291

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 277,93
Anterior: 294,98
Dias de consumo: 28
Constante de Multiplicação: 1.822
Consumo medida: 297
Consumo Pefurado: 297

DATAS DA LEITURA

Atual: 21/02/2020
Anterior: 24/01/2020
Próxima leitura: 21/03/2020
Emissão: 28/02/2020
Apresentação: 21/02/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIFÁSICA
Número Medidor: E2801665
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: N (525496)

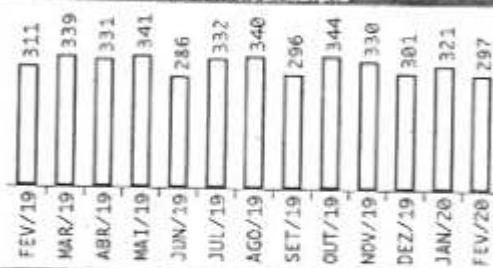
DESCRICAÇÃO DA CONTA

CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00	297 A R\$ 0,765725 =	227,42
CORR MONETARIA TCD (CIG 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 PÚBLICA		4,07
		31,37

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 297 - 0,517798

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



Média 12 meses: 322



Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SORNA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$

12/2019 359,94

**MENSAGENS
IMPORTANTES**

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

RESERVADO AO FISCO

D642,DE75,A679,8491,7292,6051,751B,C880

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	126,77	Encargos:	5,95
Distribuição:	53,77	Tributos:	43,93
Transmissão:	8,98		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	227,45	ICMS:	17,08%	38,56
		PIS:	8,41%	8,30
		COFINS:	1,91%	4,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DIRI
Média	12,62	10,92	33,10	4,15
Limite	0,63	1,00	0,63	
Realizado	ELFORESTA		12/2019	98,72
Conjunto		Período de Auditoria		

...ROT: 5.001.12.02.002400



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capital 1960 KM 000 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.475/0001-44
Insc. Estadual: 24.001.022-3
Insc. Federal: 24.007.023-3

SEU CÓDIGO

0019500-5

TOTAL A PAGAR - R\$

367,25

MÊS FATURADO

02/2020

VENCIMENTO

05/04/2020

Nº de Nota Fiscal:

4675005

FCAR

83620000003 9 67250075000 1 00000000019 0 50650220008 8



SEQ.: 0268 LIC: 0019500-5 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.

¹Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano Anouf da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 683.195.332-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Brunna Dayanne Marques Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.451.362-85 do sinistro de DPVAT cobertura Individuz da Vítima Brunna Dayanne 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.

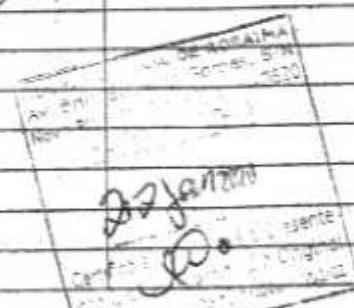
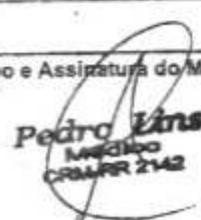
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Barro	Cidade	Estado	CEP
<u>Rua Tenente guimaraes</u>	<u>Liberdade</u>	<u>RR</u>	<u>69.309.509</u>
<u>anaufo.belyo@loinmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Bonito RR, 17 de agosto de 2020
Local e Data

Adriano Anouf da Silveira



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	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade
IDENTIDADE	4266269	SSPRR	15/06/2018	F	PARDA	BRASILEIRA
Mãe						Contato
ROSEANNE MARQUES ALVES						(95) 99108-9773
Endereço						Ocupação
RUA - JUAZEIRO - 695 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR						
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	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	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 DOOR OMBRO ESQUERDO E PUNHO DIRIGIDO					
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						
ADG, BEG, LOPE						
Exame Físico	Paciente vítima de acidente automobilístico; evidente dor no ombro esquerdo e no punho direito. Verifica uso de cinto de segurança, nega traumas/estímulos e perda de consciência. - Negativo para febre e medicamentos.					
Hipótese Diagnóstica	Fratura Gustilo Direito. FRATURA DE CLAVÍCULA.					
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				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
<i>1) Dipirona 500 mg</i> <i>Talatil 20mg 6J</i>				<i>17/05h</i>		
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.					
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :					
Óbito						
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						
<small>© 2014 - Sistema de Informações em Traumatologia Desenvolvido pelo DCE versão 1.0.07 - 11.06.13</small>						

- Rufus terlipido grande recto largo
y q. de su pubo ♂ , clavado en
ellos 4000 puntadas q. de
suero ♂ / Pubo ♂

X - Frat. descarrilado ♂ / 08 periodo
Sens. vivas ardientes frustulos ♂ /
Tab. grande
- Renuco oriental, central y lateral.

M. Rogério Deon
CRM 1205 RR
RQE 114
ortopedista



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
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



Nº REGISTRO

07036720397

VALIDADE

11/12/2022

I^ª HABILITAÇÃO

16/04/2018

OBSERVAÇÕES

Bruna Dayanne Marques Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO

23/04/2019

IGO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

46426616551
RR210120851

RORAIMA

SENAC/RR

VALIDA 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/12/2019

**BRUNA DAYANNE
MARQUES SANTOS**

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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 Maximino, 655
 BAIRRO: Centenário CIDADE: Boa Vista
 CEP: _____

VÍTIMA: Bruna Dayanne Marques Santos
 CPF: 028.451.362.85 DATA DO ACIDENTE: 24/12/2019
 NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: ADRIANO ARAUJO DA SILVA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: Autótopa
 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 Invalides, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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 Mai 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/12/2019

Titular do CPF: BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

ADRIANO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO