

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2938366320201216104953

Processo 0830286-81.2020.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 02 de março de 2021 às 11:00:00

Intimações não lidas: Ver Intimação

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 10	16/12/2020 10:49:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773196CONTESTACAO01.pdf Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773196CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
10.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
9	14/12/2020 09:31:34	AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA (Agendada para: 02 de março de 2021 às 11:00, em 2ª Vara Cível)	JUCINELMA SIMOES CARVALHO Analista Judiciário
8	09/12/2020 10:34:02	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (30/11/2020)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária
7	09/12/2020 10:34:02	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (30/11/2020)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária
<div>[+]</div> 6	30/11/2020 18:39:04	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES Magistrado
5	25/11/2020 16:07:11	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	25/11/2020 16:07:11	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	25/11/2020 16:07:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	25/11/2020 16:07:11	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	25/11/2020 16:07:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado



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

Carta nº 16115457



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:

Enfermeira

8 - Endereço:

Rua Tenente Guimarães

9 - Número:

164

11 - Bairro:

Liberdade

12 - Cidade:

Bom Jesus

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309.109

16 - Tel (DDD):

95199165-7510

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)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Brasil

AGÊNCIA: 4163

CONTA: 59514

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bom Jesus, 16 de Agosto de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PMRR - 1ºBPM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL				SÉRIE J Nº 096442	
Vr 004	SUCo 1º BPM	Data 24/12/2019	S/Setor LESTE	H/Transm *****	H/ini *****	CH/H 16:10	H/Fi 18:10
Cod. De 1001/1003	Cod. Prov. 13023/13999	Cod. Ser. Prest XXXXX	Km/ini 11324	Km/Fi 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 CENTENARIO TEL 991089/73							
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 <i>Luiz Carlos Costa</i> CARGO APC 42000330 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 Nr		3ºSGT PM Posto/Graduação		1ºBPM/CPC SUOp	
<div>Polícia Militar - RR CPC-P2-P3 CONFRE COM ORIGINAL DATA 07/01/2020 F. <i>David Amaral dos Santos</i> Func. Civil PM/RR Mat. 044005222</div>							

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

Enfermeira

8 - Endereço:

Rua Tenente Guimarães

9 - Número:

164

11 - Bairro:

Liberdade

12 - Cidade:

Bom Jesus

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

69.309.109

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

95199165-7510

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)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco da Brasil

AGÊNCIA: 4163 3

CONTA: 59514 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bom Jesus, 16 de Agosto de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZSK 9TSBF YN4U4 7TNXD





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Proc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos Autorizado pelo SEFAT 368/13

Para consulta em
o Roraima Energia
Informe o seu NÚMERO



SEU CÓDIGO
0019506-5

Nº da Nota Fiscal 4675005

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

CONTA Nº 12
VENCIMENTO
FEVEREIRO/2020 05/04/2020
CONSUMO (KWH) 297
TOTAL A PAGAR (R\$) 367,25
ANDREA/ZA ARAUJO DA SILVA
R. TEN GUIMARAES 164 - LIBERDADE
CEP: 69.309-109 - BOA VISTA
CPF: 00069662932291

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 39498	Atual: 21/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-1-2
Anterior: 39498	Anterior: 24/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dia de Consumo: 28	Próxima leitura: 31/03/2020	Ligação: BILFMEICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 28/02/2020	Número Medidor: E2801665
Consumo medido: 297	Apresentação: 21/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 297		Modelado: N 1525486

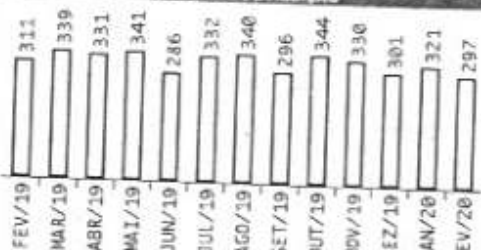
DESCRIÇÃO DA CONTA	CONSUMO	297 A R\$ 0,765725 =	227,42
CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00			0,38
CORR MONETARIA TCD (IG 5/5)			2,04
CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00			7,26
MULTA POR ATRASO DE 1 11/19-00			1,91
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00			0,38
MULTA POR ATRASO 11/19-00			6,78
PARCELAMENTO DE DEBITO 5/5			85,64
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00			4,07
ILUMINACAO PUBLICA			31,37

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 297 - 0,517778

Média 12 meses: 302

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensões do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/03/2020. O não pagamento poderá ensejar 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 08007819120 E FAÇA OPOVO 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
Contribuição:	53,77	Tributos:	43,93
Transmissão:	8,26		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	PIS:	COFINS:
227,42	17,08%	8,41%	1,91%
	38,66	8,93	4,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DMC	DICR
Máximo: 9,24	Máximo: 8,40	Máximo: 4,79	Máximo: 9,24
Realizado: 0,63	Realizado: 1,00	Realizado: 0,63	Realizado: 0,63
Conjuntos: FLORESTA	Período de aplicação: 12/2019		90,77

ROT: 5.001.12.02.002400



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Proc. 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*

83620000003 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





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.001.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ RR/13

Nota emitida com
RORAIMA Energia
QUALIDADE NUMERO



SEU CÓDIGO
0019506-5

Nº de Nota Fiscal 4675005

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSES
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAH

CONTEÚDO: **FEVEREIRO/2020** VENCIMENTO: **05/04/2020** CONSUMO (KWH): **297** TOTAL A PAGAR (R\$): **367,25**
ANDREAZZA ARAUJO DA SILVA
R. TEN GUINARRES 164 - LIBERDADE
CEP: 69.309-109 - BOA VISTA
CPF: 00069662932291

DADOS DA LEITURA (KWH)
Atual: 27/93
Anterior: 39498
Dias de consumo: 28
Constante de Multiplicação: 1.000
Consumo medido: 297
Consumo Faturado: 297

DATAS DA LEITURA
Atual: 21/02/2020
Anterior: 24/01/2020
Próxima leitura: 21/03/2020
Emissão: 20/02/2020
Apresentação: 21/02/2020

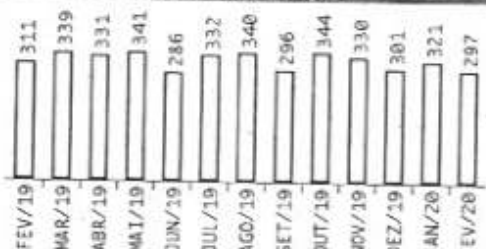
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BIFASICA
Número Medidor: E2801665
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: N 1525496

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO 297 A R\$ 0,765725 = 227,42
CORREÇÃO MONETARIA DA 11/19-00 0,38
CORR MONETARIA TCO (IG 5/5) 2,04
CORREÇÃO MONETARIA IG 11/19-00 7,26
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 DEBITO 5/5 85,64
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00 4,07
ILUMINACAO PUBLICA 31,37

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 322



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a 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 SERASA.
Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
12/2019 255,94

LIGUE 08007819120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 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: 55,77 Tributos: 43,93
Transmissão: 8,80

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo: 227,42
ICMS: 17,00% 38,66
PIS: 0,41% 0,93
COFINS: 1,91% 4,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMC	DICRI
Mês/Ano	12/2019	12/2019	12/2019	12/2019
Limite	0,63	1,00	0,63	0,63
Realizado	0,63	1,00	0,63	0,63

Conjunta: FLORESTA Período de Regulação: 12/2019 R\$ 90,72

ROT: 5.001.12.02.002400



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.001.022-3

SEU CÓDIGO
0019506-5

TOTAL A PAGAR - R\$
367,25

MÊS FATURADO
02/2020

VENCIMENTO
05/04/2020

Nº de Nota Fiscal: 4675005

FCAH

83620000003 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



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 0600 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 Anaufo 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 Incêndio 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	<u>Rua Tenente Guimarães</u>		Número	<u>164</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Liberdade</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>	CPF
Email	<u>anaufofelipe@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(95) 99165-7510</u>		

Boa Vista RR 17 de Agosto de 2020
Local e Data

Adriano Anaufo da Silva

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
1901201563	24/12/2019 16:51:55	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 30			
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS		08/12/1996		23 A 0 M 16 D		700007597210706		02845136285	
Tipo Doc		Documento		Estado Civil		Naturalidade		Nacionalidade	
IDENTIDADE 4266269		SSPRR		PARDA		BRASILEIRA		BRASILEIRA	
Mãe		Pal		Contato		Ocupação			
ROSEANNE MARQUES ALVES		LINDOMAR DE OLIVEIRA		(95) 99108-9773					
Endereço									
RUA - JUAZEIRO - 695 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
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	
POX OMBRO ESQUERDO									
E PUNHO DIREITO									
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL			
				AO: 12 3 4 RV: 12 3 4 5 MRV: 12 3 4 5 6		15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)									
10:00, 10:05, 10:10									
Exame Físico									
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, QUEIXA POR NO OMBRO ESQUERDO E NO PUNHO									
DIREITO, QUEIXA USO DE CAPOTE, NENHOS TRAUMAS/EMÍDOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA.									
- NENHOS DERMATÓMATOS E MEDICAMENTOS									
Hipótese Diagnóstica									
LESÃO CONTUSO PUNHO 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					
1) Diclona 1g 6v		17/05h							
Talofid 20mg 6v.									
Condução									
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h):					
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Internação		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____					
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia									
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA									
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							
		Pedro Lins							
Impresso por: antonia.soares		Data Hora: 24/12/2019 16:52:47							
© 2019		1901201563							

Refer: ter 10 peds grande monte de terra
e 4 de areia com pedras e charco de
EF: 40M montado e de
cabo de ferro / Pedra de

18- Mat. de carvão de 08 pedras
com sinais evidentes de Pedra de
Tab. grande

- Pedras de carvão, central Alutano

M. Rogério de
CRM 1205 RR
RQE 114
ortopedista

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANO ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSORAS
169378 SSP RR

CPF
683.195.332-87

DATA NASCIMENTO
14/02/1982

FUNÇÃO
JOSE ARAUJO DA SILVA
JULIETA BARRARE DA SILVA

PERMISSÃO
CATEGORIA
ACC
SETOR
AS

INSCRIÇÃO
01943474788

VALIDADE
04/10/2021

EXPIRAÇÃO
01/06/2001

OBSERVAÇÕES

Adriano Araujo da Silva

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
11/10/2016

71657128142
RR209000080

DETALHADA (RORAIMA)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1295865771

PROIBIDO PLASTIFICAR
1295865771

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1833567221

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

BOA VISTA, RR

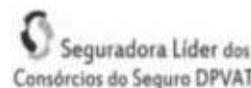
DATA DE EMISSÃO
23/04/2019

46426616551
RR210120851

PROIBIDO PLASTIFICAR
1833567221

RORAIMA

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

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: MARVINO, 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 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 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

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

