

## 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

[Informações Gerais](#) [Informações Adicionais](#) [Partes](#) [Movimentações](#) [Apensamentos \(0\)](#) [Vínculos \(0\)](#)

**Realces** 

<b>Realçar</b>	<input type="checkbox"/> Magistrado	<input type="checkbox"/> Servidor	<input type="checkbox"/> Advogado	<input type="checkbox"/> Membro MP	<input type="checkbox"/> Defensor	<input type="checkbox"/> Procurador	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Audiência	
<b>Movimentos de:</b>									
<b>Ocultar</b>	<input type="checkbox"/> Inválidos	<input type="checkbox"/> Sem Arquivo	<input type="checkbox"/> Hab. Provisória						
<b>Movimentos:</b>									

**Filtros** 

<b>Movimentado Por:</b>	<input type="checkbox"/> Advogado	<input type="checkbox"/> Advogado NPJ	<input type="checkbox"/> Entidades Remessa	<input type="checkbox"/> Magistrado	<input type="checkbox"/> Procurador	<input type="checkbox"/> Servidor		
<b>Sequencial(Intervalo):</b>	<input type="text"/> ao <input type="text"/>	<b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/>						
<b>Descrição:</b>								

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

500 por pág.  1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/> 10	16/12/2020 10:49:53	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
		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	<b>AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA</b> (Agendada para: 02 de março de 2021 às 11:00, em 2ª Vara Cível) <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>	JUCINELMA SIMOES CARVALHO <b>Analista Judiciário</b>
8	09/12/2020 10:34:02	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) <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA <b>Analista Judiciária</b>
7	09/12/2020 10:34:02	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 <b>Analista Judiciária</b>
<input type="checkbox"/> 6	30/11/2020 18:39:04	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES <b>Magistrado</b>
5	25/11/2020 16:07:11	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
4	25/11/2020 16:07:11	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ
3	25/11/2020 16:07:11	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	25/11/2020 16:07:11	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/> 1	25/11/2020 16:07:10	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

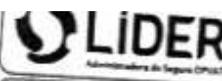
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

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) - CÍRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Bruna Dayanne Marques Santos

6 - CPF:

028.451.362.85

7 - Profissão:

Estagiária

8 - Endereço:

Rua Turíspis Guimaraes

9 - Número:

164

11 - Bairro:

Leblon

12 - Cidade:

Bom Retiro

13 - Estado:

RR

15 - E-mail:

14 - CEP:

69.309.109

16 - Telef/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

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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)

AGÊNCIA: 0163

3

CONTA: 59514

4

(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 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 discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Renata Faria 16 de Agosto de 2020.

Bruna Dayanne Marques Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



# PMRR - 1ºBPM

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J  
Nº 096442

W 004	SUOg 1º BPM	Data 24/12/2019	S/Sector LESTE	H/Transm *****	H/mi *****	CH/d 16:10	H/Fr 18:10
Cod. De 1001/1003	Cod. Prov 13023/13999	Cod. Ser. Prest XXXXXX	Km/Inc 11324	km/Fin 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 N° 695 BAIRRO CENTENÁRIO TEL 991089773	Edt. RG: 4266269 SSP/RR	CNH: 07036720396 A	Profissão: ESTAGIARIA				
2. ENVOLVIDO	Nome: GLAUCIA BARBOSA DE MELO			Idade: 79	E. Civil: DIVORCIADA		
Endereço: RUA PERPETUA N° 223 PRICUMA CEL 991666502	Edt. RG: 4795 SSP/RR	CNH: 01032789734 AB	Profissão: APOSENTADA				
3. *****	Nome: *****			Idade: ***	E. Civil: ****		
Endereço: *****	Edt. RG: ****	CNH: *****	Profissão: *****				
4. *****	Nome: *****			Idade: ---	E. Civil: ---		
Endereço: *****	Edt. RG: *****	CNH: XXXXXXXX	Profissão: XXXXXX				
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 JIK9986: PARACHOQUES FRONTAL DANIFICADO, E CAPÔ AMASSADO							

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

ASSINATURA *Bruna de Costa* CARGO 1ºPC 42000320 LOCAL 1ºDP/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.

*[Assinatura]*  
DANIEL GENTIL DE GOES

40.752-6

Nº

3ºSGT/PM

Posto/Graduação

1ºBPM/CPC

SUOg



David Amaral dos Santos  
Func. Civil PMRR  
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.

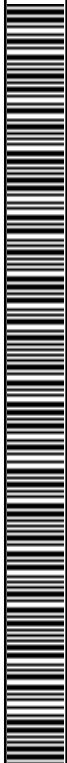
**Documentos complementares:**

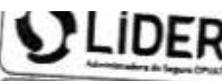
**Observações:**

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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





## 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) - CÍRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Bruna Dayanne Marques Santos

6 - CPF:

028.451.362.85

7 - Profissão:

Estagiária

8 - Endereço:

Rua Turíspis Guimaraes

9 - Número:

164

11 - Bairro:

Leblon

12 - Cidade:

Bom Retiro

13 - Estado:

RR

15 - E-mail:

14 - CEP:

69.309.109

16 - Telef/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

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caba Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

AGÊNCIA: 0163

(informar o dígito se existir)

CONTA: 59514

(informar o dígito se existir)

CONTA: 4

(informar o dígito se existir)

CONTA: 4

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 discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer?

Sim

Não

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
40 - Local e Data: \_\_\_\_\_  
Bruno Peixoto da Silva

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



## 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





**RORAIMA ENERGIA**  
RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Ribeiro, 661 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imprensa autorizado pela SEFAZ/RR/033

SEU CÓDIGO  
0019506-5  
Nº da Nota Fiscal: 4675005  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE - é praticada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.  
FCAM\*

**FEVEREIRO/2020** 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

<b>DADOS DA LEITURA (KWH)</b>		<b>DATAS DA LEITURA</b>		<b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	
Atual:	297	Atual:	21/02/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	2948	Anterior:	24/01/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Olhas de consumo:	26	Próxima leitura:	21/03/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	28/02/2020	Número Medidor:	E2801665
Consumo médio:	291	Apresentação:	21/02/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	297			Modalidade:	N 1525496

<b>DESCRIPÇÃO DA CONTA</b>		
CONSUMO	297 A R\$ 0,765725 =	227,42
CORREÇÃO MONETARIA DA 11/19-00		8,38
CORR MONETARIA TCD (CIG 5/5		2,04
CORREÇÃO MONETARIA IG 11/19-00		7,26
MULTA POR ATRASO DE I 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 PÚBLICA		31,37

<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>	
TARIFA SEM TRIBUTOS: R. A. 297 - R\$1777,96	Média 12 meses: 327

<b>HISTÓRICO DE MEDAÇÃO</b>																									
FEV/19	311	MAR/19	339	ABR/19	332	MAY/19	341	JUN/19	286	JUL/19	332	AGO/19	340	SET/19	296	OUT/19	344	NOV/19	310	DEZ/19	301	JAN/20	321	FEV/20	297

**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 SÉRICA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
Mes/Ano Valor R\$  
12/2019 355,94

LIGUE 08007819120 E FAÇA (PPO VENCIMENTO) 1 6 11 16 21 26

**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: 8,08	

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**  

Base de Cálculo:	ICMS: 17,88%	VALOR: 36,66
	PIS: 8,41%	VALOR: 8,93
	COFINS: 1,91%	VALOR: 4,34

  
**INDICADORES DE CONTINUIDADE**  

DIS	FIC	DMIC	DCIR
0,24	0,49	0,59	0,59
0,63	1,00	0,63	0,63
ELORESTA		12/2019	90,72
Conjunto	Período de Auditoria		

...ROT: 5.001.12.02.002400

**RORAIMA ENERGIA**  
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ene Ribeiro, 661 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-3  
SEU CÓDIGO  
0019506-5  
Nº da Nota Fiscal: 4675005  
MÊS FATURADO  
02/2020  
VENCIMENTO  
05/04/2020  
FCAM\*

83620000003 9 67250075000 1 000000000019 0 50650220008 8

SEQ.: 0268 LIC: 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Anaua da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 6.831.953.321-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bruna Dayanne Marques Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.451.362-85 do sinistro de DPVAT cobertura 1.700,00 da Vítima Bruna Dayanne Marques Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.451.362-85 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	Barro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Tenente guimaraes</u>			<u>164</u>	<u>lata</u>
<u>Liberdade</u>		<u>Bom vila</u>	<u>RR</u>	<u>CEP 69.309-309</u>
<u>anaua.beloze@hotmail.com</u>				<u>Telefone celular (DDD) (65) 99165-7510</u>

Boa Vista/RN, 17 de agosto de 2020  
Local e Data

Adriano Anaua da Silveira



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

1<sup>ª</sup> Classificação Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

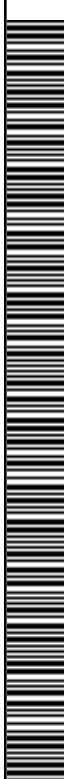
DIURNO 07-19 30

1901201563 24/12/2019 16:51:55		FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA				
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
BRUNA DAYANNE MARQUES SANTOS		08/12/1996	23 A 0 M 16 D	700007597210706	02845136285				
Documento	SSPRR	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade		
TIPO DOC	4266269	15/06/2018	F			PARDA	BRASILEIRA		
Mãe	ROSEANNE MARQUES ALVES			Pai	LINDOMAR DE OLIVEIRA		Contato	(95) 99108-9773	
Endereço	RUA - JUAZEIRO - 695 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR						Ocupação		
Class. de Risco	Piano 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 DOX OMERO ESQUECIDO E PUNHO DIREITO								
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15								
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: ____ : ____ h)									
ANAL, BEG, LOPE									
Exame Físico	ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOTIVO; FELDA DOR NO OMERO ESQUECIDO E NO PUNHO DIREITO, FELDA USO DE CINTO DE SEGURO, NEXO INJUSCAS/ESPINHOS E FELDA DE CONSCIÊNCIA - NEGATIVO DIZERIR S/ MEDICAMENTOS.								
Hipótese Diagnóstica	RESUMO CONSUMO PUNHO DIREITO. FRACTURA DE CAVIÁULA.								
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRASON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO									
<p>1) Diprospan 1g 60 Talatol 20mg 60</p> <p>17/05/2020</p> <p>27/12/2020</p> <p>27/12/2020</p>									
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /								
<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: ONTOPEVIA									
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									

Referir ter sofrido grande maltrato  
e q. de seu povo (1) e desacato (2)  
em suas tentativas q. des  
embora (3) Povo (1)

xx- Foi desacatado (2) por grande  
seu maior ereditário povo (1)  
Tal grande  
- Pessoalmente q. desacato (3)

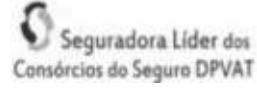
  
Rogério Soárez  
CRM 1205 RR  
RQE 114  
ortopedista







## RECEBIMENTO 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

### 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](http://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: Juarez, 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: Ator  
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 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.

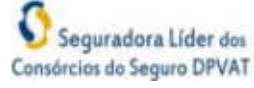


Bruna Dayanne Marques Santos  
Assinatura

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](http://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