
Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188162

Vítima: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188162

Vítima: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/02/2020, emitida pelo Dr. VICTOR CORREA COSTA, CRM nº 2143 - RR, da Instituição HOSP. GERAL DE RORAMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 988.264.682-49 4 - Nome completo da vítima: Bruna Gabriela dos Reis Pires

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 Gabriela dos Reis Pires 6 - CPF: 988.264.682-49
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua: Iguaçu 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade Santa Rita 12 - Cidade: São José 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: ILOI.RRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95198404-5368

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 ☐ CONTA: 30323 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (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 caso 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.

Declaro que estou autorizando a Seguradora Lider a prosseguir com a 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 motorizado, 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 discordo 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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - ☐ 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São José - RR, 22/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Bruna Gabriela dos Reis Pires

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3125/2020 - Registrado em: 14/05/2020 às 17h 12min

FATO(S) COMUNICADO: DANO

Data/hora do Fato: 01/02/2020 às 16h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CICERO CORREA DE MELO FILHO

Nº: S-N

CEP: 69313-592

Bairro: UNIÃO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO A PANIFICADORA PIMENTEL

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES(33), nascido(a) em 19/11/1986, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 988.264.682-49, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO DOS REIS SENA e JULIO CESAR DE SOUZA PIRES, endereço: LIBRA, cep: 69317-520, Nº: S-N, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: QUADRA 75, BL K2 - APART. 206, referência: PROXIMO A UMA ACADEMIA, Telefone: (95) 99170-4370.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ACIDENTE DE TRANSITO - COMUNICANTE VITIMA COM FRATURAS NA MÃO DIREITA, JOELHO E TORNOZELO DIREITO.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA), QUE ESTAVA NA SUA MOTOCICLETA FAM 125 HONDA DE PLACA JXY - 6014 TRAFEGANDO NA RUA ACIMA INDICADA EM DIREÇÃO A AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO, QUANDO O CONDUTOR DE UM AUTOMÓVEL SAVEIRO QUE ESTAVA NA SUA FRENTE, FEZ UMA MANOBRA BRUSCA PARA ESQUERDA SEM UTILIZAR SETAS NO INTUITO DE ADENTRAR EM UM IMÓVEL, LEVANDO A COMUNICANTE A SE CHOCHAR NA LATERAL DO VEICULO, CAUSANDO O ACIDENTE, ONDE A COMUNICANTE SOFREU ALGUMAS FRATURAS, EM SUA MÃO DIREITA, JOELHO E TORNOZELO DIREITO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Bruna Gabriela

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES
COMUNICANTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200188162 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSA EM 2º E 3º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

1 - Nº do acidente ou ASU: 388.264.632-42 2 - CPF da vítima: 388.264.632-42 3 - Nome completo da vítima: Bruma Gabriela dos Reis Pires

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES CADASTRais E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

4 - Nome completo: Bruma Gabriela dos Reis Pires 5 - CPF: 388.264.632-42
6 - Profissão: autônoma 7 - Endereço: Rua Iguaçu 8 - Número: 3103 9 - Complemento:
10 - Bairro: Cidade Satélite 11 - Cidade: San José 12 - Estado: RE 13 - CEP:
14 - E-mail: IL01RRR@HOTMAIL.COM 15 - Tel (DDD): 195193404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

16 - Nome completo do Representante Legal: 17 - CPF do Representante Legal: 18 - Profissão do Representante Legal:

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

19 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☒ ACUOSO INFORMAL ☐ SEM RENDA

20 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Indeco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3023 CONTA: 30323 AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, desde que não haja débito, desconhecendo 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 do 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.
Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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.
Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grande dependência com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome (sobrenome):
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome (sobrenome):
28 - Vítima viveu: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da Lei, que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão, em juízo, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor indevido, além da punibilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogi): 35 - CPF:
36 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogi): 37 - CPF:
38 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogi): 39 - Assinatura da testemunha:
40 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogi): 41 - Assinatura da testemunha:

42 - Local e Data: San José - RE, 22/06/2020

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Bruma Gabriela dos Reis Pires

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Procurador (se houver):



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0123636-9

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4847270

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE solicitada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FEMP*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2020	01/04/2020	50	142,06

MARINA GABRIELA DOS REIS PIRES
R. LIBRA S/N Q 75 BL K2 AP 206 - CIDADE SATELITE
C/P: 69.317-520 - BOA VISTA

CONDIÇÃO: RESIDENCIAL MAKU

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 16597	Atual: 14/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 16597	Anterior: 10/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 13/04/2020	Ligação: BIPHASICA
Constante de multiplicação: 1,000	Enviado: 13/03/2020	Número Medidor: 14EDB08431
Consumo medido: 0	Apresentação: 27/03/2020	Forma de Faturamento: MINIMO
Consumo faturado: 50		Modalidade: 0 1428212

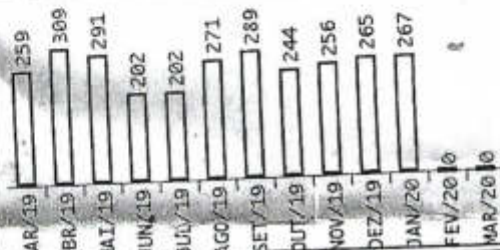
DESCRIÇÃO DA CONTA	50 A R\$ 0,631569 =	31,57
CONSUMO		3,37
CORR MONETARIA TCD (IG 8/12)		81,85
PARCELAMENTO DE DEBITO 8/12		
ISENCAO ICMS 6,49		25,27
ILUMINACAO PUBLICA		

OUTRAS INFORMAÇÕES

THIRTA SEM TRIBUTOS:
0 A 50 - R\$ 31,77

Média 12 meses: 207

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 2.085,69 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mês/Ano Valor R\$
02/2020 315,79

LIGUE 08007019120 A CADA OCHO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				CUSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
		ENCARGOS		ALÍQUOTA		VALOR	
Energia:		Encargos:		Base de Cálculo:	ICMS:		
Distribuição:	20,66	Tributos:	1,17		PIS:		
Transmissão:	9,06		0,68		CORFIS:	0,38%	0,12
	0,00					1,75%	0,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	D/C			P/C			D/CRI
	Mês/Ano	Trimestre	Anual	Mês/Ano	Trimestre	Anual	Mês/Ano
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	0,00			0,00			0,00
Condição	F - QRS - STA			Período de apuração: 01/2020			BUSO: 80,47

ROT: 32.001.24.27.09850



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0123636-9

TOTAL A PAGAR - R\$

142,06

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

01/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4847270

FEMP*

83600000001 5 42060075000 4 00000000123 0 63690320008 8



SEQ.: 0009 UC: 0123636-9 DT. LEIT.: 14/03/2020 T. ENTR.: 03
LEITURA: 16597 MINIMO TOTAL: 142,06 CARGA: 011
DT. VENC.: 01/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4284

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 0003830515126

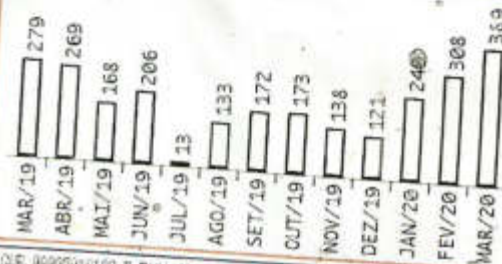
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 931	Atual: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 548	Anterior: 24/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 25/04/2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1,0000	Emissão: 24/03/2020	Número Medidor: TUB1910534
Consumo medido: 389	Apresentação: 25/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 389		Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (3X)	0,68
CORREÇÃO MONETARIA IGPIM (3X)	3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)	6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)	1,08
MULTA POR ATRASO (3X)	10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)	3,74
ILUMINACAO PUBLICA	42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 389 - 0,517770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE: 08007015126 E FAÇA O CHAMADO VENCIMENTO 16.11.16 24.25
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	160,00	Base de Cálculo:	297,36
Distribuição:	70,43	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	PIS:	0,30%
		COPIS:	1,79%
		VALOR	5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DCC			FIC			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	DCC
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	FLORESTA			Período de apuração: 01/2020			RSD: 74,44	

ROT: 5.001.12.04.021730

SEU CÓDIGO

0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$

365,12

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4872055

FCAH*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0100
LEITURA:

UC: 0109029-1

DT. LEIT.: 25/03/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG / SENHOR: 114807 SSP RJ

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FUNÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATIVA A.S.

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 28/01/2020 1ª HABITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616
9207998020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 COAF¹.

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 Ilair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.05.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bruna Gabriela dos Reis Pires inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.264.682 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Bruna Gabriela dos Reis Pires

inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.264.682 / 49, 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: Rua Antônio Riquelme Galvão

Bairro: Bunitis Cidade: Boa Vista

E-mail: ILOIRRR@NOTMAIL.COM

Número: 1832

Estado: RR

Complemento:

CEP: 69.309-209

Tel.(DDD): (95) 99154-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 22/03/2020

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Visto
me

2001215762

01/02/2020 16:19:37

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 28

Paciente **BRUNA GABRIELA DOS REIS** Data Nascimento **19/11/1986** Idade **33 A 2 M 12 D** CNS **CPF** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **F** Estado Civil **NAO INFORMADO** Raça **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **NAO INFORMADO** Contato
Endereço **RUA - FELIX VALOZ DE ARAUJO - 140 - CARANA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **COLISAO ENTRE VEICUL** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **RESGATE** Procedimento Sol. **Registrado por: SOUSA**

Queixa Principal **Acidente de moto** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente deu entrada pelo SAMU, com esvaziamento em MMID e MMSD. Locuras em 2º e 3º quadrantes. Acidente de moto carro.

Exame Físico

BE6, Hidrotórax, Normotórax, A.A.A. Arterial normal, sem coloração. Bilirrubina + SI PA. D: 6:15, Pores orificiais preservados.

Hipótese Diagnóstica

Locuras em 2º e 3º quadrantes. Escorridos em MMID e MMSD. Locuras em 2º e 3º quadrantes.

SADT - Exames Complementares

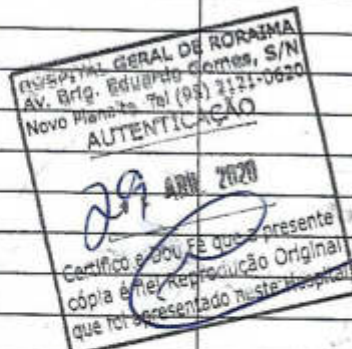
☐ RAO-X ☒ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1- Sutura + limpeza
2- Dipsone 10 mg EV
3- Tilotil 40 mg EV



Conduta

☒ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revella
☐ Transferência para:

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 01/02/2020 16:24:15



2001215762

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

DDO IDENTIFICADO/DOO ENTREGADOR
3250208 RR RR

CPF
999.264.682-49

DATA NASCIMENTO
19/11/1986

FEIÇÃO
JULIO CESAR DE SOUZA
PIRES
MARIA DO SOCORRO DOS
REIS SENA

PERMISSÃO
A

REGISTRO
03984145820

VALIDADE
27/06/2022

REINSCRIÇÃO
13/06/2006

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
28/06/2017

AMORIO FRANCISCO DESSAIA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN RR

84334724486
RR209297255

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1475622620

CLASSIFICAR 820

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 0003830515126

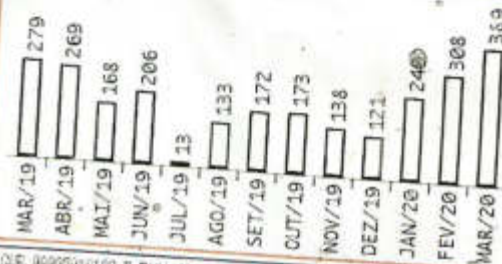
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 931	Atual: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 548	Anterior: 24/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 25/04/2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1,0000	Emissão: 24/03/2020	Número Medidor: TUB1910534
Consumo medido: 389	Apresentação: 25/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 389		Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (3X)			0,68
CORREÇÃO MONETARIA IGPIM (3X)			3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)			6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)			1,08
MULTA POR ATRASO (3X)			10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)			3,74
ILUMINACAO PUBLICA			42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 389 - 0,517770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



LIGUE: 08007019120 E FAÇA O CHAMADO VENCIMENTO 16.11.16 24.25
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	160,00	Encargos:	9,10	Base de Cálculo:	297,36
Distribuição:	70,43	Tributos:	54,03	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00			PIS:	0,30%
				COPIS:	1,79%
				VALOR	50,55
					1,14
					5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMC	DICM
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	8,46	16,92	33,84
Conjunta	0,00	0,00	0,00
FLORESTA	0,00	0,00	0,00
Período de apuração:	01/2020	FEV	74,44

ROT: 5.001.12.04.021730
RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3
SEU CÓDIGO 0109029-1
MÊS FATURADO 03/2020
VENCIMENTO 11/04/2020
TOTAL A PAGAR - R\$ 365,12
Nº da Nota Fiscal: 4872055 FCAH*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG / Ressonar: 114807 SSP RJ

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FUNÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATIVA A.S.

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616
9207998020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

980151096

SEQ.: 0100 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Bruna Gabriela dos Reis Pires
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	3250288
ENDEREÇO:	Rua Libra S/N Q75 BL K2 AP206 Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RJ
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Buites

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01 / 02 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: Brunna Gabriela dos Reis Pires

Boa Vista - RJ, 20/05/2020

LOCAL E DATA

x Brunna Gabriela R. Pires

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146478/20

Vítima: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

CPF: 988.264.682-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES : 988.264.682-49

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: 22/05/2020
Nome: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES
CPF: 988.264.682-49

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO