

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, 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



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, 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:

363.261.632-43

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:

363.264.682-49

7 - Profissão:

autônoma

8 - Endereço:

Rio, Iguape

9 - Número:

510

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

São Paulo

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

RR

15 - E-mail:

3601RRR@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

(19) 97404-5368

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 30323



(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 sómente 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.

* Nota: 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, as custas cabem ao segurador 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.

! Atento que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, fique ciente 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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (varascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

tinha 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 áqueles 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.

31

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

40 - Local e Data,

Beira Vista - RR, 22/05/2020

& Brunna Gabriela P. Pires

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EPS-DUTI V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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 ⁴ 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 CHOCAR 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

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

Valorização 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 |

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|--------------------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Fim do prazo ou ABL: | 3 - ORF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: Bruna Gabriela dos Reis Pires | | |
| 5 - ÚLTIMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS: FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 07/45/2012 | | | | |
| 6 - Nome completo: | Bruna Gabriela dos Reis Pires | | 7 - CPF: | 8 - CPF: |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | | 10 - Complemento: |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - CEP: | | 14 - UF: |
| 15 - E-mail: | 16 - Telefone: | | | |
| 17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORES E CURADORES) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR: | | | | |
| 18 - Nome completo do Representante Legal: | | | | |
| 19 - CPF do Representante Legal: | | 20 - Profissão do Representante Legal: | | |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA). | | | | |
| 21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> INCLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | |
| 22 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE): | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (separar para os títulos abaixo. Preencher uma coluna) | | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (título ou banco) | |
| <input type="checkbox"/> Banco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | Nome do BANCO: _____ | |
| AGÊNCIA: 3027 | | CONTA: 30-323 | AGÊNCIA: _____ | |
| Incluir o dígito de conta | | Incluir o dígito de conta | Incluir o dígito de conta | |
| Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, diretamente, reconhecendo e dando, desde já e somente para a efetivação do crédito, quaisquer total do valor recebido. | | | | |
| 23 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 104/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido; <p>• No preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base no documento de identidade e a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me sujeitar à análise médica preventiva, caso necessário, ao custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos de motor, conforme o disposto na Lei nº 104/74;</p> <p>• Entendo esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso contrário, conforme o meu consentimento.</p> | | | | |
| 24 - Declaração de únicos beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte | | | | |
| 25 - Fim do Círculo familiar: | | 26 - Vítima deixou compartilhado(a): | | |
| <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (No Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| 27 - Se a vítima deixou compartilhado(a), informar o nome completo: | | 37 - Se a vítima deixou compartilhado(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vítima União Física? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Vitimas: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | | 29 - Vítima deixou compartilhado(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vitimas: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | | |
| 30 - Se tinha filhos, informar Vitimas: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | | 31 - Vítima União Física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vitimas: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | | |
| 32 - Se tinha irmãos, informar Vitimas: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | | 33 - Vítima deixou compartilhado(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vitimas: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos | | |
| Este ato consta de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a sua identidade, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver o valor recebido, além da punibilidade criminal por infração do artigo 296 do Código Penal. | | | | |
| 34 - RG legível de quem assina a pedido (a rogar) | | 35 - 1º Nome: _____ CPF: _____ | | |
| 36 - ORF legível de quem assina a pedido (a rogar) | | 37 - Assinatura da testemunha | | |
| 38 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar) | | 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ | | |
| 40 - Local e Data: Rio Claro - RR, Q 2106, 2000 | | 41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante) | | |
| 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) | | 43 - Assinatura do Procurador (se houver) | | |



Para contato com:
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0109029-1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 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 Impressão autorizado pela SEFAZ/RR/03

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR |
|------------|------------|---------------|---------------|
| MARÇO/2020 | 11/04/2020 | 389 | 365, |

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

CPF: 0003830515126

| DADOS DA LEITURA (kWh) | DATAS DA LEITURA | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDOR |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Atual: 389 | 25/03/2020 | Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 |
| Anterior: 548 | 21/02/2020 | Classe/Subclasses: RESIDENCIAL |
| Dias de consumo: 33 | Próxima leitura: 25/04/2020 | Ligação: BIFASICA |
| Constante de Multiplicação: 1.000 | Emissão: 24/03/2020 | Número Medidor: TIB1910534 |
| Consumo médio: 385 | Apresentação: 25/03/2020 | Forma de Faturamento: NORMAL |
| Consumo Faturado: 389 | | Modalidade: N 1519484 |

| CONSUMO | DESCRICAÇÃO DA CONTA |
|-------------------------------|-----------------------------|
| CORREÇÃO MONETARIA DA IL (3X) | 389 A R\$ 0,764425 = 297,36 |
| CORREÇÃO MONETARIA IGP-M (3X) | 0,68 |
| MULTA POR ATRASO DE IL (3X) | 3,47 |
| JUROS DE MORA POR ATRASO (3X) | 6,31 |
| MULTA POR ATRASO (3X) | 1,08 |
| JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X) | 10,36 |
| ILUMINAÇÃO PÚBLICA | 3,74 |
| | 42,12 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 309 - 0,517770

HISTÓRICO DE MEDIDAS



Média 12 meses: 195

LIGE 08007019129 E FAX 069 3616 21 25
Farewell! 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: | Base de Cálculo: | Alíquota: | Valor: |
|----------------------|------------------|-----------|--------|
| Distribuição: 150,80 | 297,36 | 17,30% | 50,55 |
| Transmissão: 70,43 | | 0,50% | 1,14 |
| | | 1,73% | 5,34 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| | DIC | FIC | DMIC | DCR |
|-----------|----------|--------|--------|--------|
| Mensal | Mensal | Mensal | Mensal | Mensal |
| Limite | 9,24 | 18,49 | 36,99 | 8,46 |
| Realizado | 9,24 | 18,49 | 36,99 | 8,46 |
| Conjunto | FLORESTA | | | |

ROT: 5.001.12.04.021730



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

SEU CÓDIGO
0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$
365,12

MÊS FATURADO
03/2020

VENCIMENTO
11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4872055

FCAM*

8366000003 5 65120075000 8 0000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0100 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 26/03/2020



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=29630>

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 RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA INFRAESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilan 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 Puris inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.264.682 / 49
do sinistro de DPVAT cobertura Inválidos da Vítima Bruna Gabriela dos Reis Puris

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 Lider-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 Linheiro Galvão
Bairro: Buritis Cidade: Boa Vista
E-mail: IL0IRR@HOTMAIL.COM

Número: 1832 Complemento:
Estado: RR CEP: 69.309-209
Tel.(DDD): (65) 99154-4282

Local e Data:

Boa Vista - RR, 22/05/2020

Assinatura do Declarante



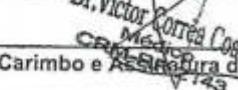
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

| 1ª Classificação | | Reclassificação | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Vermelho | <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja | <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo | <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde | <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. | <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

| Reclassificação | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

| Reclassificação | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

Visto
me

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------|--|--------------------------|----------|-----------------|
| 2001215762 | 01/02/2020 16:19:37 | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA | | | DIURNO 07-19 | 28 | |
| Paciente | Data Nascimento | | | Idade | CNS | CPF | Prontuário |
| BRUNA GARIELA DOS REIS | 19/11/1986 | | | 33 A 2 M 12 D | | | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Naturalidade |
| Mãe | | | | F | NAO INFORMADO | PARDA | NACIONALIDADE |
| Endereço | | | | | NI | | Contato |
| RUA - FELIX VALOZ DE ARAUJO - 140 - CARANA - BOA VISTA - RR | | | | | | | Ocupação |
| Class. de Risco | Plano Convênio | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal | | |
| | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão | |
| COLISAO ENTRE VEICUL | URGÊNCIA | | | | | | |
| Setor | Tipo de Chegada | Procedimento Sol. | | | | | Registrado por: |
| GRANDE TRAUMA | RESGATE | | | | | | SOUSA |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | |
| Acidente de moto | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | GSC | TOTAL | | |
| | | | | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA: h) | Paciente foi atendido pelo SAMU, com escoriações em MUID e MMSD. Lesões em 2º e 3º graus de contusões. Foi colisão moto carro. | | | | | | |
| Exame Físico | BEG, hidratada, normotensiva, A-A-A. Aeração perfeita, sem colar cervical D: 6-15, Pores orais preservados. E: Escoriações em MUID e MMSD. Lesões em 2º e 3º graus de contusões. | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | Lesões em 2º e 3º graus de contusões. | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | <input 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- Sutura + linçagem 2- Dipirona 1g EV 3- Tilitil 40 mg EV | | | |  <p>01/02/2020 Certejo e dou fe que o presente código é falso. Réplica original que foi apresentado neste hospital que foi feito</p> | | | |
| Conduta | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / : : | | | | | | |
| Óbito | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Destino: | <input type="checkbox"/> Família | IML Anatomia/Pathológica | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável |  Carimbo e Assinatura do Médico | | | | | | |
| Impresso por: sousa | | | | | | | |
| Data Hora: 01/02/2020 16:24:15 | | | | | | | |
|  2001215762 | | | | | | | |





Para contato com:
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0109029-1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 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 Impressão autorizado pela SEFAZ/RR/03

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

CONTA MÊS MARCO/2020 VENCIMENTO 11/04/2020 CONSUMO (kWh) 389 TOTAL A PAGAR 365,36
ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 0003830515126

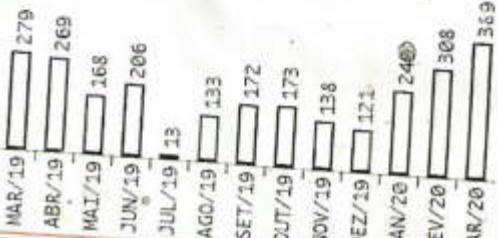
| DADOS DA LEITURA (kWh) | DATAS DA LEITURA | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDOR |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Atual: 389 | Atual: 25/03/2020 | Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 |
| Anterior: 548 | Anterior: 21/02/2020 | Classe/Subclasses: RESIDENCIAL |
| Dias de consumo: 33 | Próxima leitura: 25/04/2020 | Ligação: BIFASICA |
| Constante de Multiplicação: 1.000 | Emissão: 24/03/2020 | Número Medidor: TIB1910534 |
| Consumo médio: 389 | Apresentação: 25/03/2020 | Forma de Faturamento: NORMAL |
| Consumo Faturado: 389 | | Modalidade: N 1519484 |

CONSUMO
CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL (3X) 389 A R\$ 0,764425 = 297,36
CORREÇÃO MONETÁRIA IGP-M (3X) 0,68
MULTA POR ATRASO DE IL (3X) 3,47
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X) 6,31
MULTA POR ATRASO (3X) 1,08
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X) 10,36
ILUMINAÇÃO PÚBLICA 3,74
42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 309 - 0,517770

HISTÓRICO DE MEDIDAS



Média 12 meses: 195

LIGE 00007019129 E FACH 0000 VENCIMENTO 16/04/2020
Farebol Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

| Energia: | 150,80 | Encargos: | 9,10 | Base de Cálculo: | ICMS: | Alíquota: | VALDR: |
|---------------|--------|-----------|------|------------------|--------|-----------|--------|
| Distribuição: | 70,43 | Tributos: | 5,00 | 297,33 | 17,20% | 50,55 | |
| Transmissão: | 8,08 | | | | 0,50% | 1,14 | |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| | DIC | JIC | DMIC | DCIR |
|-----------|----------|----------------------|---------|-----------|
| Mensal | Mensal | Mensal | Mensal | Mensal |
| Limite | 9,24 | 18,49 | 36,99 | 8,46 |
| Realizado | 9,24 | 18,49 | 36,99 | 8,46 |
| Conjunto | FLORESTA | | | 0,00 |
| | | Período de apuração: | 01/2020 | EUD 24,44 |

ROT: 5.001.12.04.021730



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

SEU CÓDIGO
0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$
365,12

MÊS FATURADO
03/2020

VENCIMENTO
11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4872055

FCAM*

8366000003 5 65120075000 8 0000000109 9 02910320008 4



980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

980151096

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Bruno Gabriela dos Reis Pires

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

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/RK

ENDEREÇO: Rua Antônio Linhares Galvão 1832 Biritis

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 DRVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/02/2020, cobertura Invalidez, vitima: Bruno Gabriela dos Reis Pires
Boa Vista - RR, 20/05/2020

LOCAL E DATA

x Bruno 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

MANOEL COELHO NETO