

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, 12 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200071253**      **Vítima: POLIANA SILVA FERREIRA**

**Data do Acidente: 19/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), POLIANA SILVA FERREIRA**

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](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, 12 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200071253**

**Vítima: POLIANA SILVA FERREIRA**

**Data do Acidente: 19/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), POLIANA SILVA FERREIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples do Cadastro de Pessoa Física - CPF da vítima, pois não foi entregue.
------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 05 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200071253**

**Vítima: POLIANA SILVA FERREIRA**

**Data do Acidente: 19/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), POLIANA SILVA FERREIRA**

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 23/11/2019, emitida pelo Dr. FERNANDO REZENDE, CRM nº 2007 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, 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

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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:

car 865.532.09

4 - Nome completo da vítima:

Idiana Silveira Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Idiana Silveira Ferreira

6 - CPF:

car 865.532.09

7 - Profissão:

Auxiliar Geral

8 - Endereço:

Rua Pirajuba

9 - Número:

479

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Cruz

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.319-092

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

99113-3855

## 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: 3906

CONTA: 00006409 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado

civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim  
 Não29 - Se tinha filhos, informar  
Vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou  
nasцturo (vai nascer)?  Sim  
 Não31 - Vítima  
teve irmãos?  Sim  
 Não32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou  Sim  
pais/avôs vivos?  Não

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

34

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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, *Boa Vista RR 05 de Fevereiro*41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Idiana Silveira Ferreira*

Willian Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 000255/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 03/01/2020 08:36 Data/Hora Fim: 03/01/2020 09:01  
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/11/2019 20:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Avenida Padre Anchieta com Avenida Murilo Teixeira

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: POLIANA SILVA FERREIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , CONDUTOR )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Santa Inês Sexo: Feminino Idade: 30  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Francisca das Chagas Silva Ferreira Nome do Pai: Edson Pereira Ferreira

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 006.865.532-09

RG - Carteira de Identidade: 362122-2

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R Piraíba

Nº: 479

Bairro: Santa Tereza

CEP: 69.314-092

Telefone: (95) 98104-7705 (Celular)

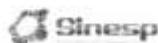
**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 006.865.532-09	Placa NAX 8658
Renavam 01021652536	Número do Chassi 9C2JC4830ER057427
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA BIZ 125 EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Poliana Silva Ferreira	Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho  
Impresso por: José Maria de Souza Moura  
Data de Impressão: 03/01/2020 09:02  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000255/2020

A senhora acima qualificada, compareceu a esta delegacia para nos informar que no dia e horários acima citados, quando conduzia sua motocicleta, foi atingida por um veículo que ela não soube informar, pois chovia no momento e o condutor do outro veículo fugiu do local sem lhe prestar socorro; que quando sua moto caiu ela ficou por cima de sua perna direita e fraturou o osso da canela; que depois foi socorrida pelo SAMU e conduzida até o Hospital Geral de Roraima, onde recebeu todos os atendimentos necessários. Este é o breve relato dos fatos.

ASSINATURAS

José Maria de Souza Moura  
Agente Carcerário  
Matrícula 42000193  
Responsável pelo Atendimento

Poliana Silva Ferreira  
(Comunicante / Vítima / Condutor)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão José Ferreira, 481 - Centro - Boa Vista - RO  
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | INSC. ESTADUAL: 24.600.022-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1  
Regime Especial de Imprensa autorizado pelo SEFAZ 300/12/

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0028016-0

IP da Nota Fiscal  
A Tarifa Social de Energia Eletrica é TRSE no critério  
pela Lei nº 10.416 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	11/11/2019	116	109,76

VALDERINA COSTA PEREIRA

D. DIPLOM. 470.000.0000.0000

DATA DA LEITURA (KWH)	DATA DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:		Grupo/Subgrupo: B
Anterior:	28/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Último consumo:	26/10/2019	Ligação:
Constante de Multiplicação:	23	Número Medidor: 00000000000000000000000000000000
Consumo médio:	1.000	Forma de Faturamento: 2703634
Consumo Faturado:	116	Habitação:

CPF: 00044506717368  
RG: 00.304.000-000 JUÍZA  
DESCRICAÇÃO DA CONTA

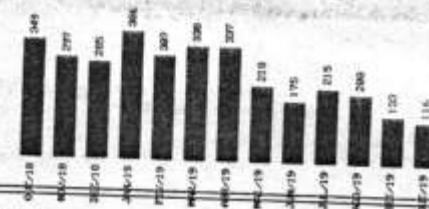
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	116 A R\$ 0,764602 =	88,69
		21,07

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
8 A 116 - 0,63462

Média 12 meses:

#### HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



#### MENSAGENS IMPORTANTES

#### REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PEGAR  
A TARIFA RURAL DESDE 01/01/2020.  
LIGUE 09007019120 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 16/11/16 21/26  
Parabéns! Até o dia 25/10/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

#### RESERVADO AO FISCO

#### COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:
Consumo:	Tributos:		PIS:
48,32	2,51	50,83	17,00%
Transmissão:	15,07	65,83	COFINS: 0,000000%
22,79			15,07
9,32			0,00

#### IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

ALÍQUOTA	VALOR

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

DC	FD	DMC	DIR
Mês Atual - Total de dias Atuais			

Fim da Fatura



**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Enzo Garces, 807 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3  
Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/T3

Para operar com  
a Roraima Energia,  
informe-nos este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
**0070442-3**

Nº da Nota Fiscal  
**003894123**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei R. 11.436 de 26 de Abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	06/11/2019	820	673,77

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

R. N° 18 295 LAURA MOREIRA

CPF: 00877902149049

CEP: 69.318-005 - BOA VISTA

**DADOS DA LEITURA OKWH**

Atual: 11600  
Anterior: 10700  
Dias de consumo: 33  
Constante de Multiplicação: 1.000  
Consumo medido: 820  
Consumo Faturado: 820

**DATAS DA LEITURA**

Atual: 23/10/2019  
Anterior: 20/09/2019  
Próxima leitura: 23/11/2019  
Emissão: 22/10/2019  
Agrupamento: 23/10/2019  
R.: 7.981.29.82.164809

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo: B  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligações: B1  
Número Medidor: 1081715009  
Forma de Faturamento: NORMAL  
Modalidade: CONVENTIONAL

**DESCRIPÇÃO DA CONTA**

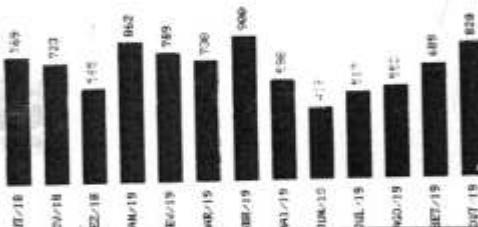
CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 =	626,97
LUCRALAO MONETARIA DA	07/19-00	0,07
CORRECAO MONETARIA IG	07/19-00	2,00
MULTA POR Atraso DE I	07/19-00	2,30
JUROS DE 140 % POR ATR	07/19-00	0,56
MULTA POR Atraso 0	07/19-00	0,90
JUROS DE MORA E IMPO	07/19-00	8,69
ILUMINACAO PLASTICA		25,28

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 820 - 0,634628

Média 12 meses: 495

**HISTÓRICO DE MEDAÇÃO**



**MENSAGENS  
IMPORTANTES**

**REAVISO DE  
VENCIMENTO**

Mes Ano: 09/2019  
Valor R\$ unidade consumida e sujeita a suspenção do faturamento de energia elétrica a partir de 07/11/2019 em função das contas reavaliadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda que existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 509,48 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.  
LIGUE 00807819128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16/11/16 21:26

**RESERVADO AO FISCO**

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

Energia:	Encargos:
Distribuição:	341,58 Tributos: 17,74
Transmissão:	161,07 IPI: 106,58
	0,00 COFINS: 0,00

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**

Base de Cálculo:	ALIQUOTA		VALOR
	ICMS:	PIS:	
	17,00%	106,58	
	0,000002	0,00	
	0,000002	0,00	

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

DIC	FIC	QPC	DPC	PERÍODO			
				Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite				8,65	17,70	35,48	8,46
Realizado				8,46	16,92	33,84	4,82
Conjunto	8,65	17,70	35,48	8,46	16,92	33,84	4,82

Período de Apuração: 01/10/19 a 31/10/19

Emissão: 10/11/19

101-11



CNPJ: 85.335.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 26.550.428-3  
RUA MELVIN JONES, 919 - SÃO PEDRO - CEP: 89300-010

CAERR  
0800 280 9520  
[www.caerr.com.br](http://www.caerr.com.br)

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:

RUA 00 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP  
OS BOA VISTA RR 69317-633

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.033.011.0169.000	5	1189	PESIDENTIAL
Hidrômetro NÃO MEDIDO	Data de Instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
----------	-------	--------------	-------------

LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
201909	10-0
201908	10-0
201907	10-0
MEDIA	10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005/G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	O.TOTAL	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
MÍNIMA	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
-----------------	-------	-------

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

DATA:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Rhiana Silveira Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.865.532-09,  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Rhiana Silveira Ferreira,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.865.532-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua CC 11</u>	Número:	<u>249</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Tauco Moreira</u>	Cidade:	<u>Rio Branco</u>	Estado:
E-mail:				Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Rio Branco RR de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

1901188620	19/11/2019 20:42:43	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19-	6																												
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário																												
<b>POLIANA SILVA FERREIRA</b>		24/08/1988	31 A 2 M 26 D	700200418710026	00686553209																													
Identidade	3621332	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Naturalidade																												
	SSP/MA	12/06/2007	F		PARDA	SANTA INES - MA																												
Mãe				Pai		Contato																												
FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA FERREIRA				NI		(95) 99125-8086																												
Endereço						Ocupação																												
RUA - AV JARDIM - VILA JARDIM - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR																																		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal																													
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>																																		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão																												
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>																																	
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.																															
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>RESGATE</b>																																	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue																																	
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456																																	
Anamnese - HORA DA CONSULTA - : h)																																		
Exame Físico																																		
Hipótese Diagnóstica																																		
SADT - Exames Complementares																																		
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> UTC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:																																		
<b>PREScrição</b> <table border="1"> <tr> <td>- Dolor</td> <td>diz ev</td> <td>APRAZAMENTO</td> <td>OBSERVAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>- Dor</td> <td>diz ev</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							- Dolor	diz ev	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	- Dor	diz ev																						
- Dolor	diz ev	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO																															
- Dor	diz ev																																	
Conduta																																		
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação																																	
Óbito																																		
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica																															
<b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b>																																		
<b>Carimbo e Assinatura do Médico</b>																																		





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

Classificação	Reclassificação
VERDE	Vermelho
	Laranja
	Amarelo
	Verde
	Azul Ass.

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

**L. Scilazair**  
E-mail: [elizeth@scilazair.com](mailto:elizeth@scilazair.com)

23/11/2019 14:52:19

## FICHA DE ATENDIMENTO

CLINICA MEDICA

DIURNO 07

Paciente: **POLIANA SILVA FERREIRA** Data Nascimento: **24/08/1988** Idade: **31 A 2 M 30 D** CNS: **700200418710026** CPF: **00686553209**  
 Documento: **IDENTIDADE 3621332** Órgão Emissor: **SSP/MA** Data Emissão: **12/06/2007** Sexo: **F** Estado Civil: **PARDA** Naturalidade: **SANTA INES - MA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**  
 Mãe: **FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA FERREIRA** Pal: **NI** Contato: **(95) 99125-8086** Ocupação:

**Endereço**  
**RUA - AV. JARDIM - VILA JARDIM - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco <b>VERDE</b>	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp. <b>36.00</b>	Peso <b>140 x 100</b>
Setor <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTÂNEA</b>		Procedimento Sol.	Registrado por: <b>JACKSON.SADOVSKI</b>	

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue  
Queixa Principal  
DOR E EDEMA EM PERNAS D. APOS TRAUMA HÁ 4 DIAS.

**Anamnese de Enfermagem**  
NEGA DM + HAS + ALÉRGIA MEDICAMENTOSA

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h) Piora da dor em perna (1)

Exame Físico 140 x 10

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares  
\_\_\_\_\_ RAIO-X    \_\_\_\_\_ ULTRA-SON    \_\_\_\_\_ TC    \_\_\_\_\_ SANGUE    \_\_\_\_\_ URINA    \_\_\_\_\_ ECG    \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE	<small>Cópia é fiel Reprodução proibida</small>	<input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
PREScriÇÃO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

<b>Conduta</b>	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
	<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
	<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
	<input type="checkbox"/> Transferência para: <u>Autópsia</u>	Data e Hora da Saída/Alta: <u>  /  /  </u> <u>  :</u> <u>  :</u> <u>  </u>

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

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: diana.carvalho  
Data/Hora: 23/11/2019 15:07:40



\* Clínica

Tumores dentro da vesícula RX com TC descreverá

Proceder com cirurgia de grandeza. Faz conta própria unterser  
parcialmente o geso.

CD: Crimina  
Sintomatologia.

Dr. Fernando Almeida  
Médico  
CRM-RJ 2007



D

POLIANA SILVA FERREIRA  
HOSPITAL CORONEL MOTA

13614

27/11/2019

Marcos

57.1%

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



Poliana Silva Ferreira  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

362133-2

DATA DE EXPEDIÇÃO

12/06/2007

POLIANA SILVA FERREIRA

## FILIAÇÃO

EDSON PEREIRA FERREIRA

FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA FERREIRA

## NATURALIDADE

SANTA INÉS - MA

DATA DE NASCIMENTO

24/08/1988

## DOC. ORIGEM

CERTO NASC 79.530 FLS 08 LIV 79

2 OF SANTA INÉS - MA

CPF

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo  
Diretora do IIOC

LEI N°7.116 DE 29/08/83

P 99





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

# CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**006.865.532-09**

MORADA

POLIANA SILVA FERREIRA

24/08/1988



Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão

OUT/2007



BANCO DO BRASIL



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057875/20

**Vítima:** POLIANA SILVA FERREIRA

**Data do acidente:** 19/11/2019

**CPF:** 006.865.532-09

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** POLIANA SILVA FERREIRA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### POLIANA SILVA FERREIRA : 006.865.532-09

- 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: 12/02/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071253 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: POLIANA SILVA FERREIRA Data do acidente: 19/11/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFIÁRIA DE FÍBULA DIREITA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

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: PG. 3

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

# PROCURAÇÃO

## **OUTORGANTE :**

NOME: Poliana Silva Ferreira  
 NACIONALIDADE: Brasileiro  
 PROFISSÃO: Autônoma  
 CPF: 006.865.532-09  
 BAIRRO: Santa Teresinha  
 CEP 69.314-072 ESTADO CIVIL: Solteiro  
 RG: 363133-2  
 ENDEREÇO: R. Piraiá, 479  
 CIDADE: Bonito

VÍTIMA: Poliana Silva Ferreira  
 CPF: 006.865.532-09 DATA DO SINISTRO: 19/11/19  
 NATUREZA: Invalidez

## **OUTORGADA :**

NOME: William Gonçalves Franco  
 NACIONALIDADE: Brasileiro  
 ESTADO CIVIL: Casado  
 PROFISSÃO: Conceito  
 Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR  
 DATA DE EMISSÃO: 13/10/16  
 Nº CPF: 825.396.393-20  
 ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Loura Moreira

## **PODERES:**

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, 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, 28 de Novembro de 2019

Poliana Silva Ferreira  
 Assinatura

## **Obs – Reconhecimento por autenticidade.**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057875/20

**Número do Sinistro:** 3200071253

**Vítima:** POLIANA SILVA FERREIRA

**CPF:** 006.865.532-09

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/11/2019

**Titular do CPF:** POLIANA SILVA FERREIRA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentos de identificação

**WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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: 21/02/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA