
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

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:

Documentos de identificação	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



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

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: 06-865.532-09 4 - Nome completo da vítima: Eliana Silva Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Eliana Silva Ferreira 6 - CPF: 06-865.532-09
7 - Profissão: Despedida Gerente 8 - Endereço: Rua Piratuba 9 - Número: 479 10 - Complemento:
11 - Bairros: Santa Tereza 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00006409 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 05 de Fevereiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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

Bairro: Santa Tereza

Telefone: (95) 98104-7705 (Celular)

Nº: 479

CEP: 69.314-092

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

Nome Envolvido	Envolvimentos
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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0028016-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Gomes, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.041-470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.003.022-9)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sítio 8-1
Regime Especial de Impostos autorizado pelo SATFZ 360/13

Nº da Nota Fiscal

000920930

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

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

VALDERINA COSTA PEREIRA

CPF: 08044536717368

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 2522	Atual: 28/10/2019	Grupo/Subgrupo: 8
Anterior: 2621	Anterior: 25/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 28/11/2019	Ligação: NÃO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 25/10/2019	Número Medidor: 2703634
Consumo medido: 116	Apresentação: 25/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 116		Modalidade: NORMAL

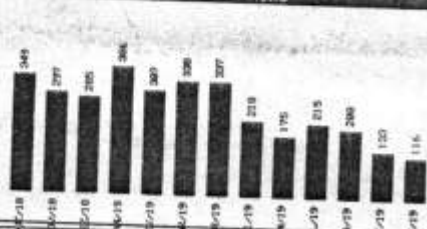
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	116 A R\$ 0,764602 =	88,69
		21,07

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS
R\$ 116 - R\$ 0,634629

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES
REAVISO DE
VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%,
LIQUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 25/10/2019, não constam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	Encargos:	Tributos:	Base de Cálculo:	ICMS:	PIS:	COFINS:	
Distribuição:	48,32	2,51	68,55	17,00%	15,07	0,00%	0,00
Transmissão:	22,75	15,07					

INDICADORES DE CONTINUIDADE

CMC	FD	CMC	DICH
Margem Trimestral Anual	Margem Trimestral Anual	Margem	Margem



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0070442-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sên Garcia, 801 - 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 Impresão autorizada pelo SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003894123
A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

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

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

CPF: 00077902149349

P. Nº 18 295 LAURA MOREIRA

TEP: 63.318-005 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 11600	Atual: 23/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 10788	Anterior: 20/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 23/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 22/10/2019	Número Medidor: TDB1715009
Consumo medido: 820	Apresentação: 23/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 820	R. 7.981,29, 07/10/2019	Modalidade: CONVENCIONAL

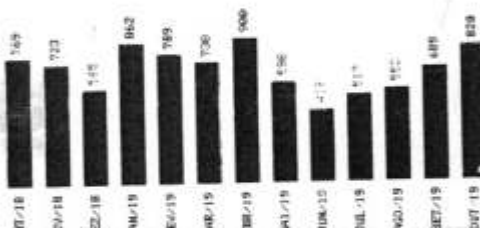
DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 = 626,97
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00	0,07
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00	0,07
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,06
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,00
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,00
JUROS DE MORA POR IMPO 07/19-00	0,00
ILUMINACAO PUBLICA	25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
Q A 820 - 0,634620

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019 em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 539,48 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
	Encargos:	Tributos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	341,58	17,74	ICMS:	17,00%	106,58
Distribuição:	161,87	106,58	PIS:	0,000000%	0,00
Transmissão:	0,00		COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	QIC	FIC	QMC	DICM
	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral
Límite	8,65	17,70	35,40	8,46
Realizado	8,65	17,70	35,40	8,46
Conjunta	R\$ 0,00	Período de suspensão:	EDS 2,10	



CNPJ: 05.932.877/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.550.428-3
RUA MELVIM JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 89.306-410

CAERR
0800 280 9520

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:

RUA CC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP
OS BOA VISTA RR: 69517-633

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.033.011.0169.000	5	1189	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
LEITURA FAT.			10
LEITURA INF.			0
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 Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	ELCCL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 12/2019		4,77
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,47

VENCIMENTO: 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 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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rhiana Silva Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.865.532 / 09

do sinistro de DPVAT cobertura incalidez da Vítima Rhiana Silva 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 14</u>	Número: <u>249</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laura Mota</u>	Cidade: <u>Rua Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail:	Tel.(DDD): <u>99113 - 3855</u>	

Local e Data: Rua Vista RR de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria do 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.

Téc. Enfermagem
Inscrição Profissional 01.058.491-TF

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

1901188620 19/11/2019 20:42:43 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 6

Paciente: POLIANA SILVA FERREIRA Data Nascimento: 24/08/1988 Idade: 31 A 2 M 26 D CNS: 700200418710026 CPF: 00686553209 Prontuário
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/MA Data Emissão: 12/06/2007 Sexo: F Estado Civil: PARDA Raça/Cor: SANTA INES - MA Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA FERREIRA Pai: NI Contato: (95) 99125-8086 Ocupação:
Endereço: RUA - AV JARDIM - VILA JARDIM - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: RESGATE Procedimento Sol.: Registrado por: KAREN.GARCIA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *queda de rede*

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

paciente vítima de queda de rede sobre terra em HTD trazido pelos bombeiros com HTD moderado

Exame Físico

sem cefaléia cervical

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

*Dipirona 400mg EV
Dexametasona 2mg EV*

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: *11:00*

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: karen.garcia
Data Hora: 19/11/2019 20:46:11

2019
SISTEMA - Soluções em Tecnologia
CNPJ: 08.000.000/0001-00
Insc. Est. 15.000.000



1901188620

BO 000255/2020



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

1ª Classificação

VERDE

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Rogério L. Salazar
Enfermagem
001.058.491-TE

1901190047 23/11/2019 14:52:10 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

POLIANA SILVA FERREIRA 24/08/1988 31 A 2 M 30 D 700200418710026 00686553209

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 3621332 SSP/MA 12/06/2007 F PARDA SANTA INES - MA BRASILEIRA

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 N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

VERDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal

DOR E EDEMA EM PERNA D, APOS TRAUMA HA 4 DIAS.

Anamnese de Enfermagem

NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA

GSC TOTAL

AD: 1234 RV: 12345 MR: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Hora da dor em perna D

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

() RAO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Ambulatório

() Alta a Pedido () Observação (Até 24h)

() Alta a Revelia () Internação

() Transferência para: 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: diana.carvalho

Data Hora: 23/11/2019 15:07:40

1901190047

1/1

Otorrinolaringología

Tumor en la cavidad. RX con FL def. en la cavidad.
Paciente con inmunización adecuada. Paciente con propia inmunización
parcialmente o gano.

CD: Otorrinolaringología
Sintomatología.

Dr. Fernando R. Rende
Médico
CRM-RM 2007



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

REGISTRO
GERAL

362133-2

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/06/2007

NOME

POLIANA SILVA FERREIRA

FILIAÇÃO

EDSON PEREIRA FERREIRA

FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA FERREIRA

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO

24/08/1988

DOC ORIGEM

CERTO NASC 79.530 FLS 08

LIV 79

2 OF SANTA INÊS - MA

CPF

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 99

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

SINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

CCC-ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Paulista de Polícia Civil
Diretor de ROR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

006.865.532-09

Nome

POLIANA SILVA FERREIRA

Nascimento

24/08/1988



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

Emissão

OUT/2007



BANCO DO BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014246938170
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 01021652536 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
POLIANA SILVA FERREIRA

RR

CPF / CNPJ
006.865.532-09

PLACA
NAX8658

PLACA ANT / UF

CHASSI
9C2JC4830ER057427

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTONETA/NAD APLIC.

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/BI7 125 EX

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL
2P/0124CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
PAGO

VENC. COTA ÚNICA
PAGO

VENC. / COTAS
1ª *****

FAIXA I.P.V.A.
** PAGO COTA ÚNICA **

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
R\$0.32

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO
26/08/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIBIR SAIR AM
AZO OCID *

BOA VISTA RR
Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR

DATA
07/10/2019

EXPECIOH

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 014246938170 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
006. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 07/10/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 006.865.532-09 PLACA NAX8658

RENAVAM 01021652536 MARCA / MODELO HONDA/BI7 125 EX

ANO FAB. 2014 CAT. TARIF. 9C2JC4830ER057427 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAM (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057875/20

Vítima: POLIANA SILVA FERREIRA

CPF: 006.865.532-09

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: POLIANA SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Valoração 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: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Autônoma RG: 362133-2
CPF: 006.865.532-09 ENDEREÇO: R. Pirajuba, 479
BAIRRO: Santa Teruza CIDADE: Bom Vista
CEP: 69.314-072

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: Conetor
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Lavoura Morena

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.



Bom 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

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

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 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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA