

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2942167920201221101852

Processo 0830297-13.2020.8.23.0010 ☆ - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div></div> 9	21/12/2020 10:18:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773213CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773213CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
8	01/12/2020 17:24:42	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de POLIANA SILVA FERREIRA) em 01/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (26/11 /2020) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
7	26/11/2020 13:22:08	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de POLIANA SILVA FERREIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (26/11/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
<div></div> 6	26/11/2020 12:56:53	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	25/11/2020 17:07:49	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	25/11/2020 17:07:49	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	25/11/2020 17:07:49	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	25/11/2020 17:07:49	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div></div> 1	25/11/2020 17:07:48	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



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 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

Carta nº 15500656



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 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

Pag. 00775/00776 - carta_03 - INVALIDEZ

00040388



Carta nº 15502444

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8TE TPT23 RRP6A AFYCK





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, 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

Carta nº 15581699

Pag. 00941/00942 - carta_31 - INVALIDEZ

00060471





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: Adiana 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: Adiana Silva Ferreira 6 - CPF: 06-865.532-09
7 - Profissão: Servidora Pública 8 - Endereço: Rua Piratuba 9 - Número: 479 10 - Complemento:
11 - Bairro: 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)

577600



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)

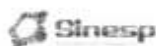
Nº: 479

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

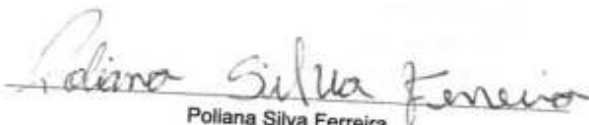
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000255/2020

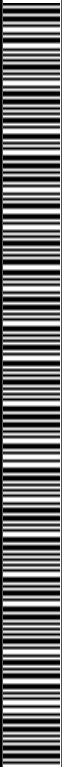
A senhora acima qualificada, compareceu a esta delegacia para nos informar que no dia e horários acima citados, quando conduzia sua motocicleta, foi atingida por um veículo que ela não soube informar, pois chovia no momento e o condutor do outro veículo fugiu do local sem lhe prestar socorro; que quando 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."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº da inscrição do segurado:

3 - CPF do vítima:

06.865.932.09

Nome completo da vítima:

William 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:

William Silva Ferreira

6 - CPF:

06.865.932.09

9 - Número:

479

10 - Complemento:

69.319.092

12 - Estado:

RR

13 - Cidade:

Boa Vista

14 - Telefone:

3855

15 - E-mail:

16 - Profissão:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - Renda Mensal do Titular da Conta:

21 - Renda Mensal do Titular da Conta:

22 - Renda Mensal do Titular da Conta:

23 - Renda Mensal do Titular da Conta:

24 - Renda Mensal do Titular da Conta:

25 - Renda Mensal do Titular da Conta:

26 - Renda Mensal do Titular da Conta:

27 - Renda Mensal do Titular da Conta:

28 - Renda Mensal do Titular da Conta:

29 - Renda Mensal do Titular da Conta:

30 - Renda Mensal do Titular da Conta:

31 - Renda Mensal do Titular da Conta:

32 - Renda Mensal do Titular da Conta:

33 - Renda Mensal do Titular da Conta:

34 - Renda Mensal do Titular da Conta:

35 - Renda Mensal do Titular da Conta:

36 - Renda Mensal do Titular da Conta:

37 - Renda Mensal do Titular da Conta:

38 - Renda Mensal do Titular da Conta:

39 - Renda Mensal do Titular da Conta:

40 - Renda Mensal do Titular da Conta:

41 - Renda Mensal do Titular da Conta:

42 - Renda Mensal do Titular da Conta:

43 - Renda Mensal do Titular da Conta:

44 - Renda Mensal do Titular da Conta:

45 - Renda Mensal do Titular da Conta:

46 - Renda Mensal do Titular da Conta:

47 - Renda Mensal do Titular da Conta:

48 - Renda Mensal do Titular da Conta:

49 - Renda Mensal do Titular da Conta:

50 - Renda Mensal do Titular da Conta:

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

23 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

24 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

25 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

26 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

27 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

28 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

29 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

30 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

31 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

32 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

33 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

34 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

35 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

36 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

37 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

38 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

39 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

40 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

41 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

42 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

43 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

44 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

45 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

46 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

47 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

48 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

49 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

50 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

51 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

52 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

53 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

54 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

55 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

56 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

57 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

58 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

59 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

60 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

61 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

62 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

63 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

64 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

65 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

66 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

67 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

68 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

69 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

70 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

71 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

72 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

73 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

74 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

75 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

76 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

77 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

78 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

79 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

80 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

81 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

82 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

83 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

84 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.031 V002/2015

40 - Local e Data:


Boa Vista RR 05 de Fevereiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

William Silva Ferreira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

William Gomes Alves



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel de Sá - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 08.341.470/0001-44 | Site: www.roraimaenergia.com.br
Nota Fiscal / Conta de Energia Distribuição - Selo 0-1
Regime Especial de Impostos autorizada pelo GEFAP 360/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0028016-0

CONTA MES: **OUTUBRO/2019**

VALDEIRNA COSTA PEREIRA

VENCIMENTO: **11/11/2019**

CPF: 08044636717368

CONSUMO (kWh): **116**

TOTAL A PAGAR (R\$): **109,76**

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual: 25223

Anterior: 25213

Dias de consumo: 32

Constante de Multiplicação: 1.000

Consumo médio: 116

Consumo faturado: 116

DATAS DA LEITURA

Atual: 28/10/2019

Anterior: 25/09/2019

Próxima leitura: 28/11/2019

Emissão: 25/10/2019

Aprovação: 28/10/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL

Ligação: NUNCA

Número Medidor: 2783634

Forma de Faturamento: NORMAL

Modalidade: NORMAL

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

116 A R\$ 0,764602 = **88,69**

21,07

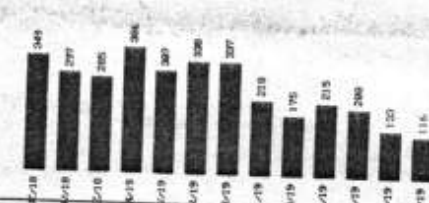
OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS

B A 116 - R.63462

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 DEB. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO 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:	Tributos:
Distribuição:	48,32	2,91
Transmissão:	22,79	15,07

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ICMS:	PIS:	COFINS:
88,69	17,00%	0,800000%	0,800000%
	15,07	0,71	0,65

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DMC	FID	DMC	DIGD
Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Atual	Atual	Mensal	Mensal





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sô Garcia, 507 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 14.007.032-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ/RR

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0070442-3

Nº da Nota Fiscal: 000894123
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	06/11/2019	820	673,77

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

CPF: 00017302149049

R. Nº 18, 245 LAURA MOREIRA

CEP: 69.218-005 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 11500	Atual: 23/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 10700	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: T081715009
Consumo medido: 820	Apresentação: 23/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 820		Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	820 A R\$ 0,764602	626,97
LUXEÇÃO MONETÁRIA DA	07/19-00	0,07
CORREÇÃO MONETÁRIA IG	07/19-00	0,00
MULTA POR ATRASO DE I	07/19-00	0,30
MULTA DE IHO POR ATR	07/19-00	0,56
JUROS DE IHO	07/19-00	7,90
MULTA POR ATRASO	07/19-00	0,69
JUROS DE IHO IMPO	07/19-00	25,28
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 820 - 0,634620	
Média 12 meses:	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 09/2019 Valor R\$: 570,79

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 desconSIDERAR este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVA DO FISCO			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			ALÍQUOTA VALOR		
Energia:	Encargos:		Base de Cálculo:	ICMS:	106,50
Distribuição:	341,58	Tributos: 17,74		PIS:	17,00%
Transmissão:	161,07	106,50		COFINS:	0,000000
	0,00				0,000000
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIC		FIC		DICI	
Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Mensal	Mensal
Limite					
Realizado	0,85	17,70	35,40	0,46	16,92
				33,04	4,82
Conjunta	0,85				

CAERR
CNPJ: 05.935.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.560.428-3
RUA MELVY JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 89.306-616

CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: **831247** Janeiro/2020

Dados do Cliente:
MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:
RUA OC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP
OS BOA VISTA RR 69317-633

Inscrição: 001.033.011.0169.000

Rota: 5

Seq. Rota: 1189

Quantidade de Economias: 1

Hidrômetro: NÃO MEDIDO

Data de Instalação:

Situação Água: LIGADO

Situação Esgoto: POTENCIAL

ANTERIOR | **ATUAL** | **CONSUMO (m3)** | **NUM DE DIAS**

LEITURA FAT. 10 8

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 D.M.

ANÁLISE	CLORO	TURBIDEZ	COR	O.TOTAL	S.COL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	109	109	109	109	109
CONFORMES	105	105	105	105	105

DESCRICAÇÃO | **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: 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/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 incapacidade 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 Moreira</u>	Cidade: <u>Rio Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail:	Tel.(DDD): <u>99113 - 3855</u>	

Local e Data: Rio Vista RR de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem

CPF: 001.058.491-1F



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

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901188620	19/11/2019 20:42:43	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		6
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF
POLIANA SILVA FERREIRA		24/08/1988		31 A 2 M 26 D		700200418710026		00686553209
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo
IDENTIDADE		3621332		SSP/MA		12/06/2007		F
Mãe		Pal		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade
FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA FERREIRA		NI		PARDA		SANTA INES - MA		BRASILEIRA
Endereço		Contato		Ocupação				
RUA - AV JARDIM - VILA JARDIM - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR		(95) 99125-8086						

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
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	RESGATE		KAREN.GARCIA		

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

Anamnese de Enfermagem
Paciente de sexo feminino, 31 anos, com queixa de trauma de moto.

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente vítima de acidente de moto, sofreu trauma em MTD, fratura de fêmur direito, com MTD fechada.

Exame Físico
Sem sinais vitais alterados.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

- DOR no MTD EV
- Trauma no MTD EV

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para

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

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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



1901188620

BO 000255/2020

23/11/2019

... Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação/Reclassificação
VERDE
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

RECIBO L. Salazar
Informação
001.058.491-TE

1901190047		23/11/2019 14:52:10		FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA				DIURNO 07-19	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
POLIANA SILVA FERREIRA		24/08/1988		31 A 2 M 30 D		700200418710026		00686553209	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		3621332		SSP/MA		12/06/2007		F	
Mão		Pai		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA FERREIRA		NI				PARDA		SANTA INES - MA	
Endereço		Contato		Nacionalidade		Ocupação			
RUA - AV JARDIM - VILA JARDIM - SN - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR		(95) 99125-8086		BRASILEIRA					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
VERDE		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA						36.00	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Peso	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA				JACKSON.SADOVSKI		140 x 100	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
DOR E EDEMA EM PERNA D, APOS TRAUMA HÁ 4 DIAS.									
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL					
NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA		AO: 1234 RV: 12345		MR: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Hora da dor em perna							
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
<input type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> ECG	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Conduta		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		<input type="checkbox"/> Internação			
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica									
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido									
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia									
<input type="checkbox"/> Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta:							
óbito		<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: diana.carvalho		Data Hora: 23/11/2019 15:07:40							



1901190047



Otorrinolaringologia

Tumor na cavidade da orelha. RX com FX diag. de fúncula
Tumor com invasão óssea. Foi feita própria intervenção
parcialmente o tumor.

CD: Otorrinolaringologia
Sintomática.

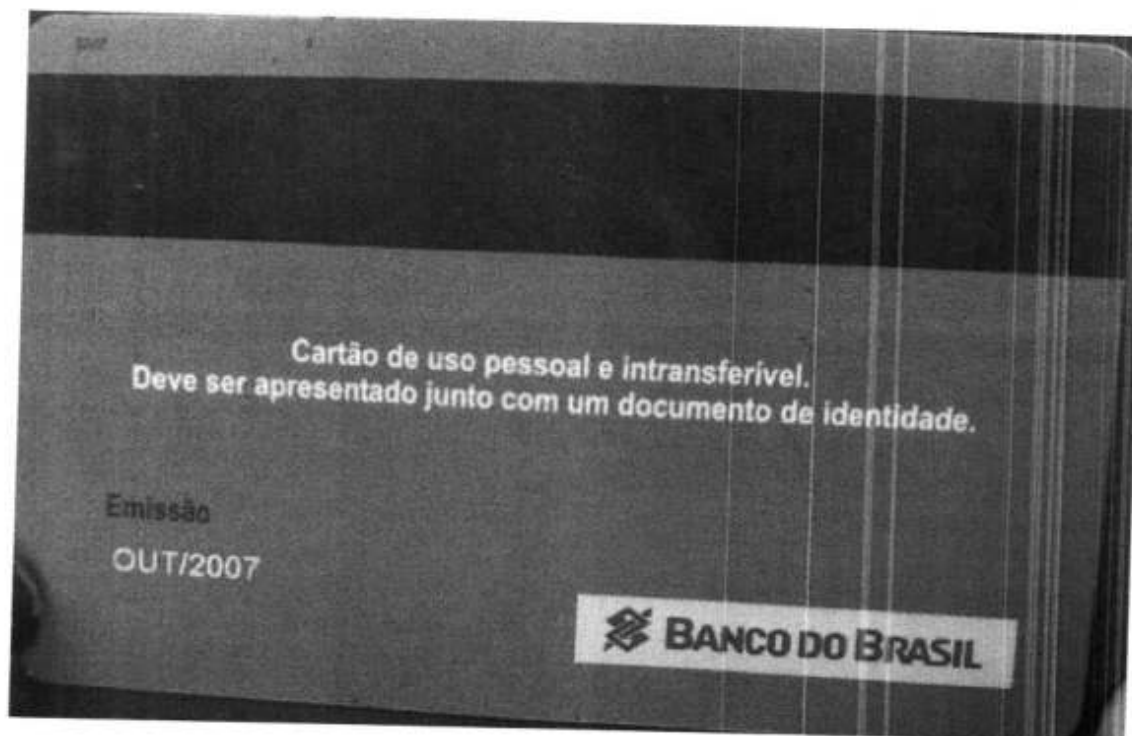
Dr. Fernando Almeida
Médico
CRM-RR 2007





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016	
 Polegar Direito		REGISTRO SERIAL 239717	
WILLIAM GONÇALVES FRANCO ASSINATURA DO TITULAR		NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO	
		MATERIA MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
		NATURALIDADE SANTA INÊS - MA	
		DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978	
		CDD: ORIGEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV 8-35	
		2 OF BOA VISTA - RR	
		825.396.343-20 2 VIA	
		AMADEU ROCHA TRIANI Ponto de Registro da Polícia Civil Diretor do ROR	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	





DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 01 CDD. 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

CAF / POT / CIL

2P/0124CC/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

PAGO

VENC. COTA ÚNICA

PAGO

VENC. COTAS

1* *****

2* *****

3* *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

** PAGO COTA ÚNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

R\$0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO

26/08/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO. * PROIBIR SAIR AM
AZO OCID *

BOA VISTA

Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR

DATA

07/10/2019

EXPECION

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - 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.

Nº CHASSI

9C2JC4830ER057427

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

R\$36.05

DENATRAN (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 PELA SEGURADORA (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



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: 2. Pirajita, 479
BAIRRO: Santa Tereza CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.314-092

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: Conet
Nº DO RG: 239777 ÓRGÃO EMISSOR: SESP RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº CPF: 825.396.393-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Laura 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 Lider, 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

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

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

