

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, 17 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200115079**

**Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES**

**Data do Acidente: 27/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

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

**Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES**

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, 21 de Março de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200115079**

**Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES**

**Data do Acidente: 27/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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:

31.263.162-53

4 - Nome completo da vítima:

EVERALDO SILVA MARQUES

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

5 - Nome completo: EVERALDO SILVA MARQUES  
 6 - CPF: 312.263.162-53  
 7 - Profissão: F. PÚBLICO  
 8 - Endereço: R. PROF. MARIA DO C.L. CARVALHO  
 9 - Número: 256  
 10 - Complemento: CRSA  
 11 - Bairro: SILVIO BOTELHO  
 12 - Cidade: BOA VISTA  
 13 - Estado: RR  
 14 - CEP: 69.314-493  
 15 - E-mail: SANTAMARIA.MARQUES.RR@gmail.com  
 16 - Tel.(DDD): (95) 99169-3685

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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: 2906

CONTA: 19.996

(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 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 nasciturto (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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 09/01/2020

EVERALDO SILVA MARQUES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 001197/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 10:42 Data/Hora Fim: 09/01/2020 11:07  
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 27/12/2019 11:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Dr. Silvio Botelho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: EVERALDO SILVA MARQUES (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 52 anos  
Naturalidade: PA - Santarém Profissão: Funcionário Público  
Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Anita da Silva Marques Nome do Pai: Alvino Vieira Marques

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.263.162-53  
RG - Carteira de Identidade: 187584

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: R N-25 Nº: 256  
Bairro: Doutor Silvio Botelho CEP: 69.314-493  
Telefone: (95) 99153-9380 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira Idade:

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

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

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**CPF/CNPJ do Proprietário** 311.263.162-53

**Placa** NAT 1891

**Renavam** 00907019323

**Número do Chassi** 9C2KDO3107R010137

**Ano/Modelo Fabricação** 2007/2006

**Cor** VERMELHA

**UF Veículo** Roraima

**Município Veículo** Boa Vista

**Marca/Modelo** HONDA NXR 150 BROS ESD

**Veículo Adulterado?** Não

**Quantidade** 1 Unidade

**Situação** Meio Empregado

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

Página 1 de 2

Impresso por: José Maria de Souza Moura

Data de Impressão: 09/01/2020 11:07

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Everaldo Silva Marques	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Marca/Modelo HONDA BIZ	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O senhor acima qualificado, compareceu a esta delegacia para nos informar que conduzia sua motocicleta na rua N 21 e que quando o sinal abriu para que ele entrasse na rua S 02, foi atingido pela motocicleta BIZ, conduzida por uma mulher, que chegou a parar, mas logo fugiu do local, por isso ele não sabe o nome e nem lembra a cor da BIZ; que devido o acidente a vítima teve alguns dedos do pé esquerdo fraturados; que a vítima foi socorrida por populares e conduzido ao Trauma do Hospital Geral de Roraima. este é o relato do fato.

ASSINATURAS

José Maria de Souza Moura  
Agente Carcerário  
Matrícula 42000193

Responsável pelo Atendimento

Everaldo Silva Marques  
(Comunicante)

"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."

# PEDIDO DO SÉGURO DPVAT

6 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DEMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
7 - Nº do seu RG ou CNH:	311.263.162-53   EVERALDO SILVA MARQUES		
8 - Nome completo da vítima:			
9 - REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP JN 045/2012			
10 - Víctima completa:	11 - Profissão: <u>F. PÚBLICA</u>   12 - Endereço: <u>R. PROF. MARIA DO C. L. CARVALHO</u>   13 - Bairro: <u>SILVIO BOTelho</u>   14 - Cidade: <u>LOA VISTA</u>   15 - Estado: <u>PR</u>   16 - CEP: <u>81.341-493</u>		
17 - Número da carteira do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:		
19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para fins de fins de dimissão, acaldir no endereço acima informado, curiosme compravante de novo (ANEXAR CóPIA).			
20 - REBAIXAMENTO DO IMPLA DA CONTA:			

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 2.000,00 ACÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 1.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 3.000,00
21 - DADOS CADASTRAIS		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (conta para poupança básica, Averbação e opção)		
<input type="checkbox"/> Poupança (232) <input type="checkbox"/> Itaú (342)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <u>2906</u>	CONTA: <u>19.996</u>	1
(Início da conta de crédito)	(Início da conta de débito)	
22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREenchimento somente para cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE		

Declaro, sob as perdas de que, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

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

Solicito o preenchimento de análise no meu pedido de indicação do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica que apresentarei e apresentada ao Juiz do IML, comprovando, desse jeito, o que submetterá à análise médica presencial, caso necessário, os dados necessários, conforme o disposto no art. 6.304/74.

Dançero a esta autorização não significa prévio concordâncio com a futura realização médica ou resultado no direito de contestar a avaliação médica, caso disso leia o art. 6.304/74.

23 - Declaração de únicos beneficiários - preenchimento somente para cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE			
24 - Nome da víctima:	25 - Grau de parentesco:	26 - Vítima de que tipo de acidente:	27 - Se a vítima é menor de idade, informar o nome completo:
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
28 - Vítima:	29 - Se é filho, informar nome:	30 - Vítima de roubo:	31 - Vítima:
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
30 - Vítima de roubo:	31 - Vítima:	32 - Se é filha:	33 - Vítima:
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
32 - Vítima de roubo:	33 - Vítima:	34 - Se é filha:	35 - Vítima:
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
34 - Vítima:	35 - Se é filha:	36 - Vítima:	37 - Se é filha:
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não
36 - Vítima:	37 - Se é filha:	38 - 1º Nome:	39 - 2º Nome:
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	CPF:	CPF:
38 - 1º Nome:	39 - 2º Nome:	Assinatura da cessionária	
39 - Assinatura:	40 - Assinatura:	Assinatura do testemunha	
40 - Assinatura:	41 - Assinatura:	Assinatura do beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

44 - Assinatura do beneficiário (declarante)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do beneficiário (declarante)

47 - Assinatura do Vítima/Beneficiário (declarante)

48 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão São Geraldo, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 34.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial da Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0035988-2

Nº da Nota Fiscal 4208304

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.477 de 26 de abril de 2002. FCAM\*

DATA DA CONTA	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	50	255,90

EVERALDO SILVA MARQUES  
4. PROF MARIA DO C L CARVALHO 256 - DR. SILVIO BOTELHO  
CEP: 69.314-493 - BOA VISTA

CPF: 00031126316253

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 9400	Atual: 12-12-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 8900	Anterior: 12-11-2019	Classe/Publicação: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 12-12-2019	Ligação: BIPOLAR
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 11-12-2019	Número Medidor: 10105009786
Consumo medido: 25	Apresentação: 12-12-2019	Forma de Faturamento: RUA/RUA
Consumo Faturado: 50		Modalidade: R 1420488

DESCRICAÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	50 A R\$ 0,760131 =
RELIGACAO	38,00
RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE	11,11
ILUMINACAO PUBLICA	175,26
	31,53

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES											
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ R\$ - 0,617770													
Média 12 meses:													



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eme Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 34.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pelo SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0032588-0

Nº da Nota Fiscal 4052960

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	239	213,86

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA  
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA  
CPF: 00087608650249

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	26102	Atual:	19/11/2019	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	25963	Anterior:	21/10/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	12/2019	Unidade:	BIFÍBICA
Constante de Multiplicação:	1.100	Emissão:	16/11/2019	Número Medidor:	11EDB8198
Consumo medido:	239	Aproximações:	9/11/2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo faturado:	239			Modalidade:	N 1521363

DESCRICAÇÃO DA CONTA			
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	239	A R\$ 0,771640 =	184,42
			29,44

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 239 - 0,623500			
Média 12 meses: 195			

	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas reavvisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e já reavvisada(s) no valor de R\$ 1.580,14 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano	Valor R\$
10/2019	114,37

**REAVISO DE VENCIMENTO**  
PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30% - TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVO - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.

LIGUE 0008761928 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

#### RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	VALOR
Distribuição: 49,72	Tributos: 9,64	ICMS:	
Transmissão: 43,69	35,37	PIS: 17,00%	31,38
0,00		COFINS: 9,37%	8,69
			1.384 8,09

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92

Limite 8,85 Realizado 0,00 Período de apuração: 03/12/2019 CUPP: 59,05

Conjunto DISTRITO 3

ROT: 8.001.16.07.011700



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eme Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 34.007.022-3

SEU CÓDIGO

0032588-0

TOTAL A PAGAR - R\$

213,86

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

11/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4052960

FCAM\*

83620000002 1 13860075000 2 00000000032 3 58801119008 3

SEQ.: 0262 UC: 0032588-0 DT.LEIT.: 19/11/2019 T.ENTR.: 04

LEITURA: 26102 NORMAL TOTAL: 213,86 CARGA: 003

DT.VENC.: 11/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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/BIBI/IOTECAWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GUERALDO SILVA MARQUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.263.162-153, do sinistro de DPVAT cobertura INV 11987 da Vítima Everaldo Silva Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.263.162-153, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

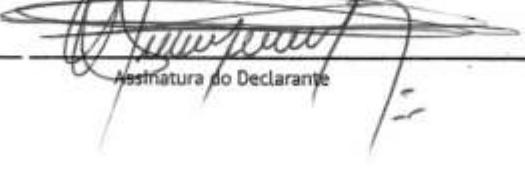
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Grileão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Nova Caxias	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	SANTANA.GIMARAESRR@gmail.com	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	195199169-3685

Boa Vista, 10 de Março de 2020

Local e Data

  
Assinatura do Declarante

1 <sup>a</sup> Classificação	Reclassificação	Reclassificação
( <input type="checkbox"/> ) Vermelho	( <input type="checkbox"/> ) Vermelho	( <input type="checkbox"/> ) Vermelho
( <input type="checkbox"/> ) Laranja	( <input type="checkbox"/> ) Laranja	( <input type="checkbox"/> ) Laranja
( <input type="checkbox"/> ) Amarelo	( <input type="checkbox"/> ) Amarelo	( <input type="checkbox"/> ) Amarelo
( <input type="checkbox"/> ) Verde	( <input type="checkbox"/> ) Verde	( <input type="checkbox"/> ) Verde
( <input type="checkbox"/> ) Azul Ass.	( <input type="checkbox"/> ) Azul Ass.	( <input type="checkbox"/> ) Azul Ass.

1901202549	27/12/2019 13:15:17	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	14	
Paciente <b>EVERALDO SILVA MARQUES</b>		Data Nascimento <b>27/11/1968</b>	Idade <b>51 A 1 M 0 D</b>	CNS <b>700000568859302</b>	CPF <b>31126316253</b>	Prontuário <b>00042872</b>	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento <b>187584</b>	Órgão Emissor <b>SSP / PA</b>	Data Emissão <b>M</b>	Sexo <b>PARDA</b>	Naturalidade <b>NACIONALIDADE</b>		
Mãe <b>ANITA DA SILVA MARQUES</b>			Pai <b>ALBINO VIEIRA MARQUES</b>	Contato <b>(95) 99153-9380</b>			
Endereço <b>RUA - N-22 - 91 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR</b>	Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>						
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTÂNEA</b>	Procedimento Sol.		Registrado por: <b>ANTONIA.SOARES</b>			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
<i>Traum de pé</i>							
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Bimbo J. J. de domo de pé</i>						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica	<i>domo de pé</i>						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
			<i>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Fim - CEP 69062-000</i>	<i>01 JAN 2020</i>			
			<i>CRM 154-R J. H. Perez Cirurgião Dentista</i>			<i>Este é o original. Copia é de fácil reprodução. O original que foi apresentado neste hospital</i>	
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: <i>oncologista</i>						
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Antes do 1º Atendimento? ( <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



Ortopedia (Dr. Noracat)

Paciente ultata avidente de  
trauma com trauma direto  
em pé ( ) apresentando fx

Base de 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> MTE ( )

Cd: Imobilização com talca  
cesar

Analgésico  
DNU ( )

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2020



L  
ESQUERDO

EVERALDO SILVA MARQUES  
51 ano(s) 27-11-1968

27-12-2019 12:36:13

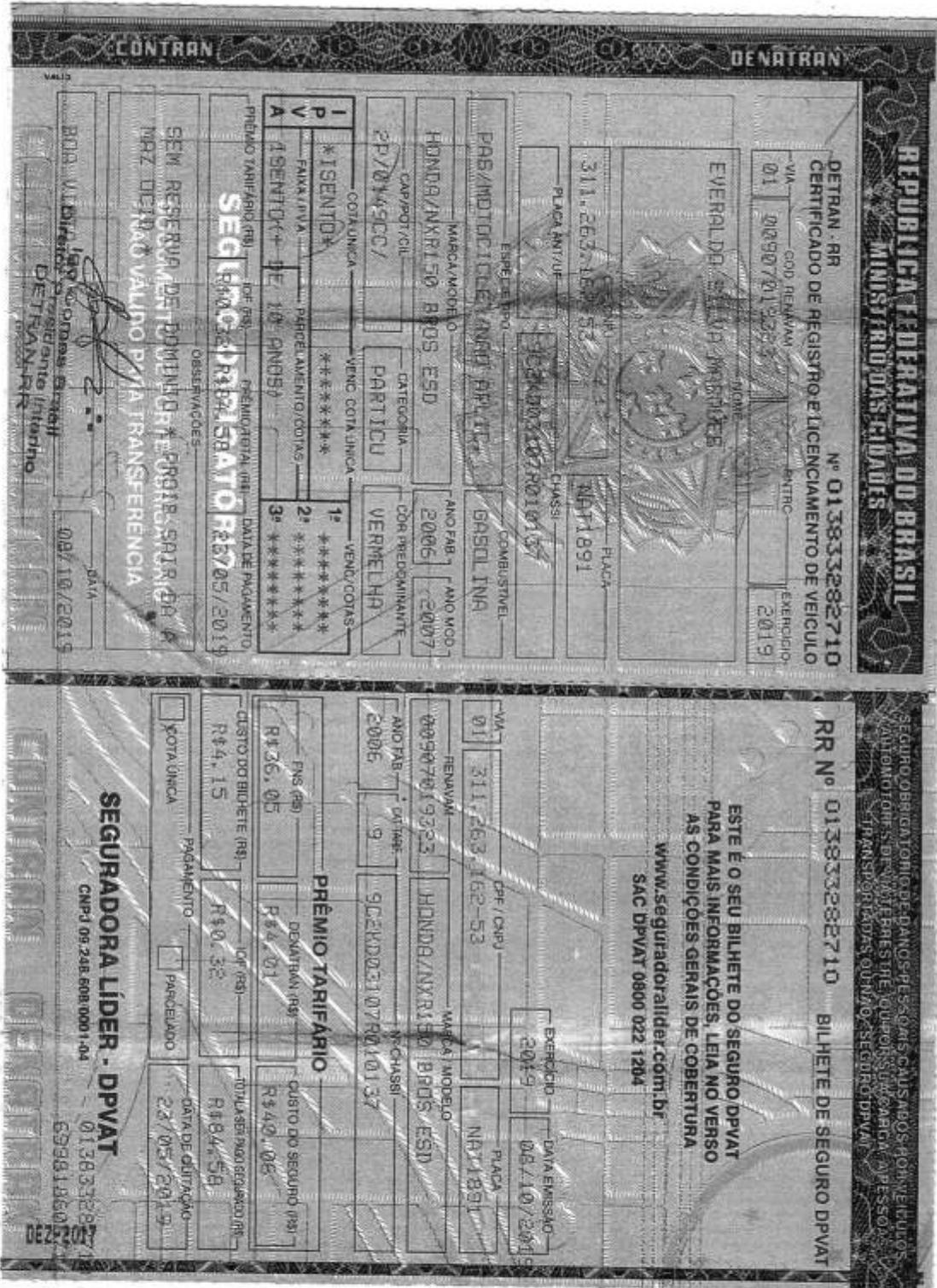
POLICLINICA COSME E SILVA

150070

150070







SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.603/0001-04

DEZ 2013

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

**Vítima:** EVERALDO SILVA MARQUES

CPF: 311.263.162-53

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVERALDO SILVA MARQUES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68**

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

**EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53**

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: 12/03/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115079 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES Data do acidente: 27/12/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 20/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DE METATARSOS (3º AO 5º) DO PÉ ESQUERDO. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: EVERALDO SILVA MARQUES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO  
CPF: 311.263.162-53  
BAIRRO: SÉRGIO BOTELHO  
CEP: 69.314-493

ESTADO CIVIL: CASADO  
RG: 18.7584 SSP/RR  
ENDERECO: R. PROF. MARIZ DO C. L. CARVALHO 256  
CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA

VITIMA: EVERALDO SILVA MARQUES  
CPF: 311.263.162-53  
NATUREZA: ( ) DAMS

DATA DO ACIDENTE: 27-12-2019  
(X) INVALIDEZ ( ) MORTE

OUTORGADA:

NOME: KIKE SANTANA FEITOZA GUIMARÃES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ALTRAVONIC  
Nº. DO RG: 114876399-3  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº. DO CPF: 627.946.502-69  
ENDERECO: RUA GIDEÃO N° 312 BARRO: NOVA CANAÃ

ORGÃO EMISSOR: SSP/RR

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, junto a DELEGACIA, 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, 09 de JANEIRO de 2020



EVERALDO SILVA MARQUES

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



Em testemunho da verdade, LFB  
De que deu fé: Boa Vista/RR, 09 de Janeiro de 2020  
Consulte o(s) sello(s) abaixo em cidades.prtalalegal.com.br  
RECFIR16929603XQ523D4R1OC24

Fundos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,58 SELO: R\$ 1,59 Total: R\$ 4,52

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091230/20

**Vítima:** EVERALDO SILVA MARQUES

**CPF:** 311.263.162-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/12/2019

**Titular do CPF:** EVERALDO SILVA MARQUES

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### EVERALDO SILVA MARQUES : 311.263.162-53

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: 12/03/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO