
Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705962

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO

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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705962 Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

Data do Acidente: 29/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705962

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCIA DE SOUZA COELHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

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 do vítima:

447.157.227-91

4 - Nome completo da vítima:

MARCIA DE SOUZA COELHO

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

5 - Nome completo:

MARCIA DE SOUZA COELHO

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

RUA GILBERTO MESTRE A. VIANA

11 - Bairro:

SANTA LÚZIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

SOUZA.MARCIA@GMAIL.COM

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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

10.201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (ou civil)

☐ Divorçado

☐ 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 netos (ou neta)?

☐ 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 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não afetado:

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 - PE, 10/11/2019

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: 044042/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 09:44

Data/Hora Fim: 10/12/2019 10:04

Origem: Polícia Judiciária Data: 10/12/2019

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/10/2019 15:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Ataíde Teive

Bairro: Equatorial

Ponto de Referência: Próximo ao Supermercado Macuxi

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA DE SOUZA COELHO (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: ES - Vitória

Sexo: Feminino

Nasc: 26/04/1969

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Delzira Vital de Souza

Nome do Pai: Jurandi Alves de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 447.157.222-91

RG - Carteira de Identidade: 66840

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Grão Mestre Ademir Viana

Nº: 1623

Complemento: Casa

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99129-9262 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 447.157.222-91

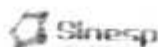
Placa NAO-2472

Renavam 01078682434

Número do Motor J4DFM01970

Número do Chassi 95VJK6D2FGM002647

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 10/12/2019 10:04
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

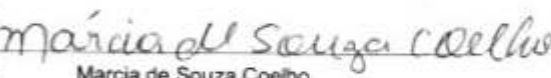
BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 044042/2019

Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo DAFRA/ZIG 50
Modelo DAFRA/ZIG 50	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Marcia de Souza Coelho	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automôvel/Utilitário/Carioneta/Carinhon
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta de sua propriedade também devidamente descrita acima, quando teve sua preferencial invadida por um veículo que trafegava na Avenida Santo Antonio, não sabendo informar a placa, apenas que tratava-se de um VOLKWAGEN/GOL DE COR PRATA e que sua condutora permaneceu no local e se apresentou com o nome de JÔ, não sabendo mais nenhuma informação sobre a mesma. Que sofreu lesões corporais e foi levada ao HGR por populares. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Civil Mat 042000908 Responsável pelo Atendimento	 	 Marcia de Souza Coelho (Comunicante / Vítima / Envolvido)
--	--	--

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (s) responsável (s) pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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 do sinistro ou ASL:

3 - CPF do vítima:

447.157.227-91

4 - Nome completo da vítima:

MARCIA DE SOUZA COELHO

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

5 - Nome completo:

MARCIA DE SOUZA COELHO

7 - Profissão:

PROFESSORA

8 - Endereço:

RUA GILBERTO MESTRE A. VIANA

11 - Bairro:

SANTA LÚCIA

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

SOUZA.MARCIA@GMAIL.COM

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA:

10.201

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (ou civil)

☐ Divorçado

☐ 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 netos (ou neta)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não afetado:

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 - PE, 10/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão São Carlos, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.361.670/0001-64 | Rec. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ RR/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 000799045

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

SEU CÓDIGO
0046138-5

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	16/11/2019	592	477,92

MÁRIO DO NASCIMENTO COELHO
R. GRÃO-M. ADEIR VIANA 1620 SANTA LUZIA

CPF: 00039223864215
CEP: 69.317-173 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 18857
Anterior: 18265
Dias de consumo: 30
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 592
Consumo faturado: 592

DADOS DA LEITURA

Atual: 18/10/2019
Anterior: 18/09/2019
Próxima leitura: 18/11/2019
Emissão: 09/10/2019
Apresentação: 18/10/2019
R: 30.901 - 21.01 - 244990

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 9
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: 51
Número Medidor: 16TDB61974
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: COMERCIAL

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	592 A R\$ 0,764602 =	452,64
		25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 592 - R.634620

Média 12 meses: 581

HISTÓRICO DE MEDIDA

Mês	Consumo (kWh)
OUT-18	795
NOV-18	749
DEZ-18	521
JAN-19	421
FEB-19	540
MAR-19	604
ABR-19	654
MAY-19	588
JUN-19	421
JUL-19	550
AUG-19	445
SET-19	550
OUT-19	592

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Simes, 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 03.341.470/0001-44 (Insc. Estadual 24.007.022-8)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Bônus 5-1
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ/RR/13

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 MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	11/12/2019	239	184,42

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: 2612 Anterior: 2500 Dias de consumo: 26 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 122 Consumo faturado: 239	Atual: 19/11/2019 Anterior: 21/10/2019 Próxima leitura: 12/2019 Emissão: 10/11/2019 Apresentação: 11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: B17481/04 Número Medidor: 1122881138 Forma de Faturamento: NORMAL Modelidade: H 1521363

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

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 239 - 0,625588	
Média 12 meses: 182	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/12/2019, em função das contas revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já revisadas 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

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% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29/10/2019. LIQUE 08007019126 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16/11/19 16 21 25

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		Base de Cálculo: 184,42	
Energia:	Encargos:	ICMS:	21,35
Distribuição: 99,72	Tributos: 9,64	PIS:	17,00%
Transmissão: 43,69	30,37	COFINS:	8,37%
			0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DEC	RIC	DMC	DMC
Limito 8,85 17,70 35,40	8,46 16,92 33,84	4,82	
Realizado 0,00	0,00	0,00	

ROT: 8.001.16.07.011700

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

Nº da Nota Fiscal 4052960

FCAM*

83620000002 1 13860075000 2 000000000032 3 58801119008 3



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES Inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.942.803/68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCIA DE SOUZA COELHO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.157.222/91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MARCIA DE SOUZA COELHO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 447.157.222/91, 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 GIDEÃO</u>		Número <u>312</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.314-406</u>
Email <u>SANTANAQUIMARAESRR@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>1951 99169-3685</u>

BOA VISTA 10 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901179900

29/10/2019 15:40:06

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

21

Paciente

MÁRCIA DE SOUZA COELHO

Data Nascimento

26/04/1969

Idade

50 A 6 M 3 D

CNS

700704977982779

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

F

Estado Civil

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

DELZIRA VITAL DE SOUZA

Pai

NI

Contato

(95) 99129-9262

Ocupação

Endereço

RUA - GRAO-MESTRE ADEMIR VIANA - SN - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

TRANSPORTADO POR TER

Procedimento Sol.

Registrado por:

ALEXSANDRO PEREIRA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Acidente automobilístico

Anamnese de Enfermagem

GSC

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:50 h)

paciente refere lesões no tórax como: Apimente dor à mobilização e à palpação de pé (E). Nega alergias

Exame Físico

paciente REG, LOFE, MR, supineira em ar ambiente
dor à palpação e mobilização de pé (E). Edema +/4+ em dorso de pé (E)

Hipótese Diagnóstica

Laceração lacerante no pé

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

já fez analgesia

1) Dipirona 15 EV

2) tilatil 20mg EV

deitada em 1 cm de dor de dor

→

13:42

Denissona da Praga
CORRELA 08.105.001 TE

P. A. CC

Dr. José A. Lopes Aguiar
CRM-RR 366

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica, diga transcrição O/ORTOPEDIA☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: ORTOPEDIA☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 29/10/2019 15:40:45

1901179900

Not intended for official interpretation.

MARCIA DE SOUZA COELHO

HGR-3420405742

TOIRNOZ/0

10/29/2019

2:31 PM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operator: N/RAIO/X/Aguario

- kV: - mAs

Zoom 100%



1307 mm

L 128
W 250

Not intended for official interpretation.

MARCIA DE SOUZA COELHO
HGR-3420405742

13:

10/29/2019
5:21 PM

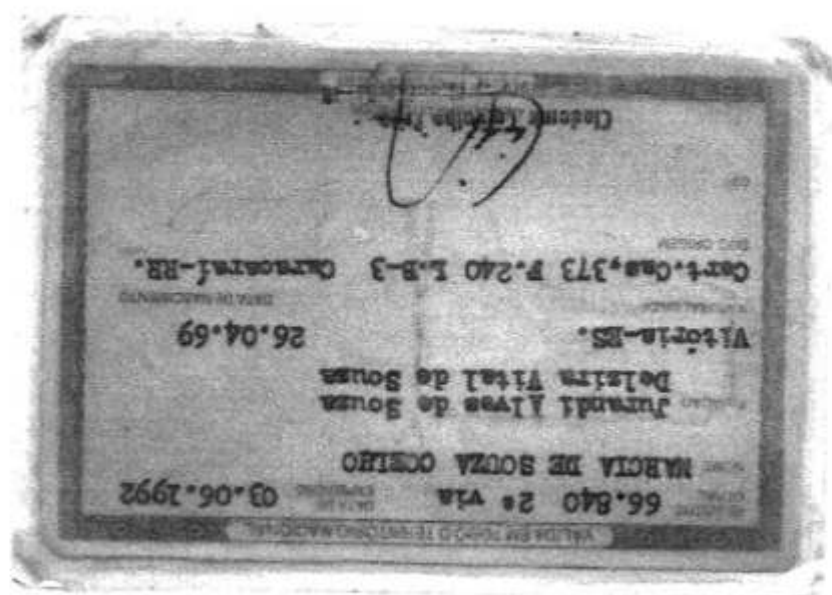
HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator H/PAJO/Ausuario

. kV, . mAs
Zoom 100%



500 mm

L 128
W 2545



TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

163.73837.15-8

NÚMERO

0735076

SÉRIE

002-0

UF

RR

Marcia de Souza Coelho

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: **MARCIA DE SOUZA COELHO**

LOC. DE NASC.: **VITÓRIA - ES**

FLIAÇÃO: **JURANDI ALVES DE SOUZA**

DOC. APRESENTADO: **R.G. 66840 SSP RR**

ESTADO CIVIL: **CASADO**

CPF: **447.157.222-91**

REG. ELEITOR: **010277432390**

SEÇÃO: **0009**

ZONA: **005**

LOCAL DE EMISSÃO: **DR/RR**

EMISSÃO: **19/09/2006**

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FLIAÇÃO: _____

DATA DE NASC. DE: _____ PARA: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO

MOTIVO: _____

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIÇO

MOTIVO: _____

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPARAÇÃO | D - FALCÍDIO | F - ALTERAÇÃO VOLUNTÁRIA

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS Cidades DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  RR	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1650874125	
	NOME JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 1148763993 / SSP MA
	CPF 627.942.803-68
	DATA NASCIMENTO 26/07/1979
	FILIAÇÃO NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUZIA FEITOSA GUIMARAES
	PERMISSÃO AB
	Nº REGISTRO 03412152366
	VALIDADE 28/05/2023
	Nº HABILITAÇÃO 11/10/2004
	OBSERVAÇÕES
	ASSINATURA DO PORTADOR
	LOCAL BOA VISTA, RR
	DATA DE EMISSÃO 29/05/2018
	ASSINATURA DO DIRETOR ANTONIO FRANCISCO BERRERA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR
	ASSINATURA DO EMISSOR 69180083613 RR209677511
	RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - RR

Nº 01159B531039

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 010/B832434

MARCIA DE SOUZA CDECH

442.152.222-91

01/02/2017

RR

20/0050219/03

16/02/2017

RR

PAS/CICLOMOTORIAO ANILLO

CONSUMTIV

PAFPA/416.00

MARCA MODELO

16/02/2017

20/0050219/03

PARTEIRA

VEREADORIA

1º PAFPA/002 UNICA

1º VEREADORIA

1º VEREADORIA

2º PAFPA/002 UNICA

2º VEREADORIA

2º VEREADORIA

3º PAFPA/002 UNICA

3º VEREADORIA

3º VEREADORIA

SEGURADOR OBRIGATORIO

01.159B531039

DETRAN/RR

END. VISTIN-RR

LOCAL

16/02/2017

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

RR Nº 01159B531039 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

www.dpvatSegurodoTransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

442.152.222-91

01/02/2017

RR

010/B832434

PAFPA/416.00

MARCA MODELO

16/02/2017

20/0050219/03

PARTEIRA

VEREADORIA

1º PAFPA/002 UNICA

1º VEREADORIA

1º VEREADORIA

2º PAFPA/002 UNICA

2º VEREADORIA

2º VEREADORIA

3º PAFPA/002 UNICA

3º VEREADORIA

3º VEREADORIA

SEGURADOR OBRIGATORIO

01.159B531039

DETRAN/RR

END. VISTIN-RR

LOCAL

16/02/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.244.050/01-04

www.seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456805/19

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

CPF: 447.157.222-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: MARCIA DE SOUZA
COELHO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. 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

MARCIA DE SOUZA COELHO : 447.157.222-91

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: 17/12/2019
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: MARCIA DE SOUZA COELHO

NACIONALIDADE: Brasileira

ESTADO CIVIL: CASADO

PROFISSÃO: *Autônomo*

RG: 66-840 880/RE

CPF 447.157.222-94

ENDEREÇO: R. GRÃO MESITE A. VIANA Nº 1628

BAIRRO: SANTA LUZIA

CIDADE: BOA VISTA - PERNAMBUCO

CEP 69.397-173

VITIMA: MARCIA DE SOUZA COELHO

CPF: 447.157.227-91

DATA DO ACIDENTE: 29-10-2019

NATUREZA: () DAMS

(x) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOÃO SANTANA FEITOSA GUIMARÃES

NACIONALIDADE: Brasileira

ESTADO CIVIL: SOLTERO

PROFISSÃO: AUTOMOMO

Nº. DO RG: 144876399-3

ORGÃO EMISSOR: SSD/MA

DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999

Nº. DO CPF: 627.942-802 68

ENDEREÇO: RUA GIBERTO Nº 317, BIRRO, NOVA CANA

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALÍDEZ, 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.

2da Vota - RR, 10 de Novembro de 20 19

*Mancera di Sordani Cellino

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

Copyright © 1997 by John Wiley & Sons, Inc.



DANIEL
AQUINO

Requisiti per VENDITA DI RA e finanzia

Our first step is to define the *mean* and *variance* of the $\mathbf{X}$ and $\mathbf{Y}$ series. The mean of the $\mathbf{X}$ series is defined as the average of the $\mathbf{X}$ series over the entire sample period. The variance of the $\mathbf{X}$ series is defined as the average of the squared deviations of the $\mathbf{X}$ series from its mean. The mean of the $\mathbf{Y}$ series is defined as the average of the $\mathbf{Y}$ series over the entire sample period. The variance of the $\mathbf{Y}$ series is defined as the average of the squared deviations of the $\mathbf{Y}$ series from its mean.

em testemunhas da verdade. Logo
 De que dou eu Boa Vista que, 10 de dezembro de 2019

REC'D 1662963 ALWB FALL QZC 6V438 /

Camden County: 12.5, 2.45, 1.00, 0.50, 0.50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456805/19

Vítima: MARCIA DE SOUZA COELHO

CPF: 447.157.222-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: MARCIA DE SOUZA
COELHO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. 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

MARCIA DE SOUZA COELHO : 447.157.222-91

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: 17/12/2019
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO