



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, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200370792

Vítima: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029920-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne 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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00209/00210 - carta_15R - INVALIDEZ

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: PJYXR F4TUJ XDXGQ DD9HK

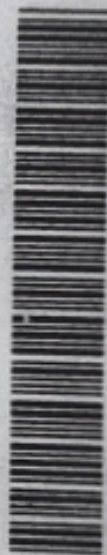
PROCURAÇÃO

Eu, Mayara Iolise Macedo da Silva, brasileiro (a), autônoma, solteira, portador (a) da cédula de identidade RG nº 240.533, inscrito (a) no CPF sob o nº 007.415.302-10, residente e domiciliado (a) na Parque de Inchieta, nº 1053, Bairro Silveira Jate, CEP 69.314-316, telefone nº 99168-1731, Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 23 de novembro de 2020.

x Mayara Iolise Macedo da Silva
OUTORGANTE.

MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA
FILIAÇÃO.....: JOSÉ SOUSA DA SILVA
NASCIMENTO.....: 03/11/1990
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA
DOCUMENTO.....: R.G. 240.533 SESP RR 2106/2001
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 007.415.302-10
TIT. ELEITOR: 003991102656
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 07/07/2009



[Handwritten signature]
Tribunal Superior do Rio Grande do Norte

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028867/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/09/2020 16:01:13 Data/Hora Fim: 25/09/2020 16:01:13

Origem:

Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 24/06/2020 15:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Silvio Leite

Logradouro: Rua TV dos Macuxi com C-29

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1225: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, AINDA QUE A SUA OMISSÃO SEJA SUPRIDA POR TERCEIROS OU QUE SE TRATE DE VÍTIMA COM MORTE INSTANTÂNEA OU COM FERIMENTOS LEVES (ART. 304 PARÁGRAFO ÚNICO DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 03/11/1990	Idade 29
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Santa Luzia - MA	
Nome da Mãe: Maria José Macedo da Silva		Nome do Pai: José Sousa da Silva	

Documento(s)

RG: 240.533

CPF: 007.415.302-10

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av Pe Anchieta

Bairro: Dr. Silvio Leite

Telefone: (95) 99168-1731

Nº: 1053-1

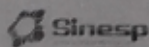
CEP: 69.314-316

Nome Civil: CONDUTOR DO VEICULO (PLACA NOW-6997) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 018.455.732-18	Placa NOW6997
Renavam 00226660656	Número do Motor 310A2011*9596706*
Número do Chassi 9BD17350MB4331788	Ano/Modelo Fabricação 2011/2010
Número da Carroceria 76372663	Cor CINZA



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza

Data de Impressão: 25/09/2020 16:14:35

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00028867/2020

UF Veículo AM	Município Veículo Manaus				
Marca/Modelo FIAT/PALIO WEEK TREKKING	Veículo Adulterado? Não				
Situação Meio Empregado, Envolvido	Última Atualização Denatran 18/09/2019				
Situação do Veículo RENAINF - COMUNICACAO_DE_VENDA					
<table><tr><th>Nome Envolvido</th><th>Envolvimentos</th></tr><tr><td>Condutor do Veículo (placa Now-6997)</td><td>Proprietário</td></tr></table>		Nome Envolvido	Envolvimentos	Condutor do Veículo (placa Now-6997)	Proprietário
Nome Envolvido	Envolvimentos				
Condutor do Veículo (placa Now-6997)	Proprietário				
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta				
CPF/CNPJ do Proprietário 618.248.952-91	Placa NAW5248				
Renavam 01032721402	Número do Motor JC48E2F503498				
Número do Chassi 9C2JC4820FR503498	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014				
Cor PRATA	UF Veículo RR				
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES				
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido				
Última Atualização Denatran 01/09/2020	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS				
<table><tr><th>Nome Envolvido</th><th>Envolvimentos</th></tr><tr><td>Mayara Joise Macedo da Silva</td><td>Proprietário</td></tr></table>		Nome Envolvido	Envolvimentos	Mayara Joise Macedo da Silva	Proprietário
Nome Envolvido	Envolvimentos				
Mayara Joise Macedo da Silva	Proprietário				

RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante através do número telefônico (95) 99168-1731, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 24/06/2020, por volta das 15h:10min da Tarde, a comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo BIZ 125 ES, de placa NAW-5248; QUE neste momento trafegava na Rua TV dos Macuxi no bairro: Dr. Silvio Leite/RR/BV; QUE ao trafegar até o cruzamento da rua C-29, um automóvel de placa NOW-6997 invadiu a preferencial e colidiu bruscamente à comunicante; QUE o veículo automotor tentou empreitar fuga saindo do local do acidente sem prestar socorro a comunicante e foi impedido por populares que socorreram a comunicante; QUE foi nesse momento alguns populares ajudaram a comunicante, e ligaram para a equipe do SAMU comparecer ao local; QUE a Polícia Militar não foi acionada; QUE o condutor do veículo chegou a ameaçar algumas pessoas no local inclusive a comunicante, que afirmou que estava armado; QUE a equipe do SAMU, chegou no local e realizaram os primeiros socorros e realizaram o traslado da comunicante para Hospital Geral de Roraima - HGR; QUE após o acidente, até a presente data o condutor do veículo que atingiu a comunicante não ressaiu nenhum valor pecuniário ao Dano do veículo; QUE a comunicante deseja representar criminalmente em desfavor do condutor desse veículo, pelas lesões que sofreu (**Documentação-médica em anexo**).

QUE a comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para a comunicante que ela poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto znos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028867/2020

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Mayara Joise Macedo da Silva

Comunicante, Vítima

"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."



02/02/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.		Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	
2001251970	24/06/2020 15:40:53	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 26	
Paciente	Data Nascimento		Idade		CNS	CPF	Prontuário
MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA	03/11/1990		29 A 7 M 21 D		700007718128002		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	240533	SSP	21/04/2001	F	UNIAO	PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe	MARIA JOSE MACEDO DA SILVA		JOSE SOUSA DA SILVA		Contato	(95) 99121-7192	
Endereço	AVENIDA - PRINCESA ISABEL - 4246 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
GRANDE TRAUMA	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
	DEMANDA ESPONTANEA			ANTONIA.SOARES			
Queixa Principal							
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL	
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Trazido pelo SAMU, vítima de colisão moto x carro, condutor de moto, usava capacete.</i>							
<i>Queixa de dor em quadril e coxa D.</i>							
Exame Físico							
<i>Estável, eupneico, ECG: 15</i>							
Hipótese Diagnóstica							
<i>Dx e deformidade em varo de coxa D.</i>							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" 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>① Dipirona 2g</i>				<i>17/06/2020</i>			
<i>② Paracetamol 2g</i>							
<i>Anel. O Rto P3D1A.</i>							
<i>Tramadol 100mg IM.</i>							
Condução							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia							
<input type="checkbox"/> Transferência para: _____							
<i>Dr. Luiz Fernando Borges</i>							
<i>Cirurgia Geral</i>							
<i>RQE: 759 / CRM-RR 1552</i>							
<input type="checkbox"/> Ambulatório							
<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)							
<input type="checkbox"/> Internação							
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____							
Óbito							
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			
Impresso por: antonia.soares							
Data Hora: 24/06/2020 15:41:40							
2001251970							

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 24.06.20 O.S. _____

na 7ª de 10h
hoje, no fim

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura ABDOmen fémur T

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Traca esquelética VET

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

0 acm

CIRURGIÃO:

Dr. Jerni

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

local

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Pccente no len

- Abdom, atenu-

- clacac d nctel local pen. pen

- Colar d fco d Tccu 3m-

- para 4k

- curm

Dr. Jerni & Lopez Ag
CRM-RR 510



18/08/2020

61.7%

MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA 5355

HOSPITAL CORONEL MOTA

18/08/2020

66.6%

Ana Quezia



Registro Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 358/13. Foi criado pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	06/09/2020	232	230,31

FRANCISCO AGUIAR DOS SANTOS
CPF: 00038285517268
AV PADRE JOSE DE ANCHIETA 1053-1 - DR. SILVIO LEITE
CEP: 69.314-316 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	18/08/2020	Anterior:	20/07/2020
Emissão:	17/08/2020	Próxima leitura:	17/09/2020
		Apresentação:	18/08/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	IDB1709107	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED	INJETADO INTERMED	kWh RESERVADO
Leit. Atual	4212						
Leit. Anterior	3980						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	232						
Faturado	232						

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	232 A R\$ 0,786015 = 182,35
CORRECAO MONETARIA IG 06/20-00	0,32
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00	1,24
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00	0,29
MULTA POR ATRASO 06/20-00	3,39
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00	1,18
ILUMINACAO PUBLICA	41,54

OUTRAS INFORMAÇÕES	
TARIFA DE TRIBUTOS	
R\$ 4,22 - 0,00/17/0	
Média 12 meses: 231	

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO	
AGO/19	136
SET/19	456
OUT/19	466
NOV/19	437
DEZ/19	311
JAN/20	317
FEB/20	364
MAR/20	446
ABR/20	412
MAI/20	333
JUN/20	222
JUL/20	80
AGO/20	232

⚠ MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007819128 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 17/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 39E6.D657.348C.7982.D907.82A2.D137.8188

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	95,90	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Distribuição:	42,01	Limite	9,24	18,49	36,99
Transmissão:	0,00	Realizado	0,00		
Encargos:	5,43	FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Perdas:		Limite	8,46	16,92	33,84
		Realizado	0,00		
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		DMIC	Mensal	DICIII	Mensal
Base de Cálculo:	182,35	Limite	4,00		
ALÍQUOTA	VALOR				



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Mayara Gisele M. da Silva, brasileiro
(a), Autônoma Votante, portador (a) do RG nº
040533, inscrito (a) no CPF sob o nº 07415300-10, residente e
domiciliado (a) na Rua de Urubite, nº 1053, Bairro
Silvânia Leste, Boa Vista-RR, CEP 69.314-316, telefone
nº (95) 99168-1731, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 23 de novembro de 2020.

x Mayara Gisele Macedo da Silva
DECLARANTE

