

**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/BIBLIOTECWEB/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 TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DAIANE SOARES HIGINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.452.482 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DAIANE SOARES HIGINO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.452.482 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

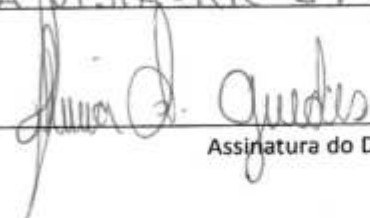
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>CONFIANCACST@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 9818-3200</u>

Local e Data: BOA VISTA-RR 17 DE FEVEREIRO DE 2020


Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

FICHA REFERÊNCIA / CONTRA REFERÊNCIA

NOME: Daniene Sousa Virgínia Nº _____
DATA: 16 NOV 19 ESPECIALIDADE: _____
OBSERVAÇÃO: _____
MÉDICO: ERICK Barbosa Resola CRM RR 1296

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Queda moto hoje
Fratura clavícula (E) ao Rx
sem lesões neurológicas sem envolvimento de outros
#

EXAME FÍSICO

BG, 1 litro, sem edema
PA 130x90 FC 90 Sat 99
Deflexão clavícula E

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fx clavícula E

CONDUTA

Ao HGR / Ortopedia

CONTRA REFERÊNCIA

RESUMO CLÍNICO

ENCAMINHAMENTO EMERGENCIA ()
INTERNAÇÃO ()
REDE BASICA ()

DATA: ____/____/____

HORA DE SAÍDA DE PACARAÍMA: ____ hrs: ____ min
HORA DE CHEGADA EM BOA VISTA: ____ hrs: ____ min
HORA DE SAÍDA DE BOA VISTA: ____ hrs: ____ min
HORA DE CHEGADA EM PACARAÍMA: ____ hrs: ____ min

ASSINATURA DO MÉDICO

Nome: Laurel Soares Eugênio

Horário de atendimento: 11:26

Data de nascimento: 16/11/19 09/10/97

Idade: 22 Sexo: F

Antecedentes: N+

Nacionalidade: Brasileira

OBS → Pac. Sem doc. Informações

Data de atendimento: 16/11/19

Endereço → Rua Francisco
Fernandes de Sousa

Bairro → Guapi

Cidade → Pacaraima

PA = 130 x 70

FC = 90 ST = 99

Queda nota hoje

Tatuação clavicular (E) a Rx

sem déficits neurológicos e sem cervicalgia

- (1) Dorabril
 - (2) Tramal 50mg sup. IM foto juv 12:00
 - (3) Dipirona 1g EV/IM SN
 - (4) Tenoxicam 40mg EV/IM SN
- hemocaf oportuna a EV/ Observação

Dr. Ricardo Barbosa
CRM 1296



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

1ª Classificação/Reclassificação
AMARELO

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

Reclassificação

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

Raquel L. Salazar

Reclassificação

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

1901188794 20/11/2019 10:50:19 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 73

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
DAIANE SOARES HIGINO 09/10/1997 22 A 1 M 11 D 703407158869100 03845248262
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3284476 SSP/RR 03/02/2005 F SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe
VANJA MARIA CORREA SOARES Contato
Endereço (95) 99174-0678
RUA - JT10 - 32 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
AMARELO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA 36.60 140 x 80
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA RICARDO PEREIRA

Queixa Principal () Síndrome Febil () Síndrome Respiratória () Suspeita de Dengue
TRAUMA CLAVICULAR

Anamnese de Enfermagem NEGA HAS DM ALERGIA GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente com história de trauma em clavícula e (acidente de moto) frente de + impatência sem MSE
Exame Físico Rx: Fratura clavícula e

Hipótese Diagnóstica Fratura Clavícula e

SADT - Exames Complementares
() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
① Tenoxicam 40 mg c/w 11:30
② Dipirona 1g c/w
Luciana Woltrich
CORTE...
Data e Hora da Saída/Alta: / /

Conduta
() Alta por Decisão Médica () Ambulatório
() Alta a Pedido () Observação (Até 24h)
() Alta a Revella
() Transferência para: Stepa... 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
Médico CRM/RR 1949
Impresso por: aldivania, freitas
Data Hora: 20/11/2019 11:00:29



LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE.

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polgar Direito



Amara D. Guedes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

524555-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTARÉM - PA

18/11/1970

DOC. ORIGEM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico da Polícia Civil

Diretor do SDC

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 0130420943B2

VIA

ODR. RENAVAM

EXERCÍCIO

NOME

JOSE LUIZ MENANDRA DBS SAUTOS

CPF / CNPJ

008.791.402-67

PLACA

NEJK7448

RR

CHASSI

22304110CR752245

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/ALFA ROMEO

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CT125 FAN KS

ANO FAB

2012

ANO MOD

2012

CAP / POT / CIL

22/0124CCZ

CATEGORIA

PARTEICU

ODR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1º

VENC. / COTAS

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

R\$0.00

PREMIO TOTAL (R\$)

R\$0.00

DATA DE PAGAMENTO

12/08/2019

SEM RESERVA DE UENIDADE PROIBIR SAIR DA A

MARZ DE 10 VALOR PAGO ANTERIORMENTE

LOCAL

BOB VISTA-RR

190 Gomes Brasil

Diretor Presidente Interm. 15/10/2019

DETRAN-RR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS CU RAC. SEGURO DPVAT

RR Nº 0130420943B2 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA

008.791.402-67

CPF / CNPJ

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

15/10/2019

RENAVAM

0048355298

MARCA / MODELO

HONDA/CT125 FAN KS

ANO FAB

2012

DATA

15/10/2019

CHASSI

22304110CR752245

PREMIO TARIFARIO

R\$36.03

DETRAN (R\$)

R\$4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

PAGAMENTO

R\$0.32

COF (R\$)

R\$84.58

TOTAL A PAGAR (R\$)

R\$84.58

DATA DE EMISSÃO

15/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.809/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065165/20

Vítima: DAIANE SOARES HIGINO

CPF: 038.452.482-62

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAIANE SOARES HIGINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

DAIANE SOARES HIGINO : 038.452.482-62

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: 18/02/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080619 **Cidade:** Pacaraima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAIANE SOARES HIGINO **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA-P.1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA.
P.1-3.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080619 **Cidade:** Pacaraima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAIANE SOARES HIGINO **Data do acidente:** 16/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA-P.1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA.
P.1-3.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 22 ANOS.
- EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: : **DAIANE SOARES HIGINO**, Brasileira solteira, autônoma, portador (a) do RG nº 328447-6 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 038.452.482-62, residente na Rua: JT 10 32- Bairro: JARDIM TROPICAL, CEP: 69.314-617, nesta Capital. Tel.: (95) 99146-0151

VITIMA: **DAIANE SOARES HIGINO**, CPF Nº 038.452.482-62 DATA DO SINISTRO: 16/11/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA: **TELVIA SANTIAGO GUEDES**, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Proprietária da Empresa **Telvia S. Guedes- Me**, cujo nome fantasia é **Confiança Serviços Tecnicos** CNPJ nº 04.205.355/0001-78. Situada na Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito a outorgante junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ nº 09.248.608/001-04, telefone (21) 3861-4600, situada na RUA: SENADOR DANTAS Nº 74, 15º ANDAR – CENTRO RIO DE JANEIRO – RJ, CEP 20031-205 em razão de acidente de transito, podendo a requerida procuradora em nome da mesma. Bem como quitar requerer e retirar documentos em órgãos públicos, estaduais, federais e municipais, 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.

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELADO E REGISTRADOR
AL. VILTA RUA Nº 366 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3634-6097 - ATENDIMENTO CARTÓRIO: 08:00H ÀS 18:00H
REC. VERDADEIRA 2(5) ASSINATURA(S)
(28/11/2019) - DAIANE SOARES HIGINO
CK. Em testemunho da verdade Boa Vista, 28/11/2019
Emol: 2,45 FUNDEJURR: 0,25 FISC: 0,10 FECON: 0,10 ISS: 6,10V
Selo: REC FIR 158345F50NG22UGKMQCC71 Nº Ticket: 00148
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 03845248262
André G. Sabino
Escrivente Autorizado
Cartório Loureiro

Boa Vista-RR, 25 DE NOVEMBRO DE 2019.

DAIANE SOARES HIGINO

CARTÓRIO
LOUREIRO

Daiane Soares Higinos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065165/20

Vítima: DAIANE SOARES HIGINO

CPF: 038.452.482-62

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAIANE SOARES HIGINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

DAIANE SOARES HIGINO : 038.452.482-62

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: 18/02/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080619

Vítima: DAIANE SOARES HIGINO

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAIANE SOARES HIGINO

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080619

Vítima: DAIANE SOARES HIGINO

Data do Acidente: 16/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAIANE SOARES HIGINO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DAIANE SOARES HIGINO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 0000018591-4

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



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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

038.452.482-62

4 - Nome completo da vítima:

DAIANE SOARES HIGINO

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

5 - Nome completo:

DAIANE SOARES HIGINO

6 - CPF:

038.452.482-62

7 - Profissão:

AUTONOMA

8 - Endereço:

R: JTSO 32

9 - Número:

32

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JARDIM TROPICAL

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-617

15 - E-mail:

CONFIANCACST@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

(95) 98118-1200

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 INVALEZ 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

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 13 DE FEVEREIRO DE 2020

X Daiane Soares Higino

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: 042188/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 11:48

Data/Hora Fim: 28/11/2019 12:15

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/11/2019 11:00

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)

Logradouro: RUA SURINAME C/ RUA SOROCAIMA

Bairro: VILA NOVA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: DAIANE SOARES HIGINO (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 09/10/1997

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vanja Maria Correa Soares

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JT-10

Bairro: JARDIM TROPICAL

Nº: 32

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 008.791.402-67	Placa NUK7448
Renavam 00483356298	Número do Motor JC41E1C752245
Número do Chassi 9C2JC4110CR752245	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 17/11/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Daiane Soares Higino	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RUA MONTE RORAIMA QUANDO NO CRUZAMENTO



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 28/11/2019 12:15
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: 042188/2019

COM A RUA SURINAME, UM VEÍCULO VENEZUELANO INVADIU A PREFERENCIAL FAZENDO COM QUE A COMUNICANTE, QUE NÃO É HABILITADA, ABALROASSE NO REFERIDO VEÍCULO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL LOCAL PELO SAMU. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A CLAVÍCULA DO LADO ESQUERDO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento


Daiane Soares Higinio
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima assinaladas 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 Condição do Código Penal Brasileiro."



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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro (se houver):

3 - CPF da vítima:

038.452.482-62

4 - Nome completo da vítima:

DAIANE SOARES HIGINO

5 - CENTRO DE INFORMAÇÃO, CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012

Nome completo:

DAIANE SOARES HIGINO

7 - Endereço:

AUTÔNOMA

8 - Poderoso:

R: ITAIO 32

6 - CPF:

038.452.482-62

9 - Número:

32

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JARDIM TROPICAL

12 - Código:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

63.344-637

15 - E-mail: CONCIANCA@GMAIL.COM

16 - Telefone:

(95) 9818-3200

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Título do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Quilombo, bens e Jus de Família de direito, residir no endereço acima informado, conforme declaração anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO DE INFORMAÇÃO

☐ 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 valores acima, dentro da programação)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (501)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Locatário Livre)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

02084

CONTA:

48593

(4)

Autenticação e responsabilidade: A vítima ou representante legal da vítima informa, sob pena de nulidade da indenização, que a vítima ou representante legal da vítima não possui nenhuma outra indenização ou benefício do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente, e que a vítima ou representante legal da vítima não possui nenhuma outra indenização ou benefício do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente, e que a vítima ou representante legal da vítima não possui nenhuma outra indenização ou benefício do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente.

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

☒ Denário, não se trata de laudo, não possui caráter de pericia, é apenas um documento de natureza administrativa, emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, em virtude do acidente, e que a vítima ou representante legal da vítima não possui nenhuma outra indenização ou benefício do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente.

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

Se, dentro do prazo superior a 90 (noventa) dias do período da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, não houver a documentação médica ou laudo médico emitido pelo IML, o beneficiário ou representante legal da vítima, ao não apresentar a documentação médica ou laudo médico emitido pelo IML, não poderá receber a indenização do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente, e que a vítima ou representante legal da vítima não possui nenhuma outra indenização ou benefício do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente.

Declaro, que com a assinatura do laudo médico emitido pelo IML, eu, a vítima ou representante legal da vítima, não tenho a intenção de contestar a avaliação médica, caso a vítima ou representante legal da vítima não apresentar a documentação médica ou laudo médico emitido pelo IML, não poderá receber a indenização do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a) Civil

☐ Divorçado

☐ Separado(a) judicialmente

☐ Viúva

24 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a) Civil

☐ Divorçado

☐ Separado(a) judicialmente

☐ Viúva

25 - Gênero da vítima (se for diferente de homem):

☐ Sim

☐ Não

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 filhos menores de idade?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso da vítima, a indenização do Seguro DPVAT somente aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem a existência de vínculo de parentesco com a vítima, e que a vítima ou representante legal da vítima não possui nenhuma outra indenização ou benefício do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente, e que a vítima ou representante legal da vítima não possui nenhuma outra indenização ou benefício do Seguro DPVAT, nem de qualquer natureza, em decorrência do acidente.

34

35 - Nome legítimo de quem assinou e pediu (a seguir):

36 - CPF legítimo de quem assinou e pediu (a seguir):

37 - Assinatura de quem assinou e pediu (a seguir):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Data: BOA VISTA - RR 13 DE FEVEREIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante:

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura da testemunha:

44 - Assinatura da testemunha:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAIANE SOARES HIGINO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000018591-4

Nr. Autenticação

BRADESCO030320200500000000002370208400000001859184375 PAGO



Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0088991-1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta da Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto autorizado pela SEFAT 306/13

Nº da Nota Fiscal 4075878

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002, FCAM)

NOVEMBRO/2019 28/12/2019
VANJA MARIA CORREA SOARES
R. JT 10 32 - JARDIM TROPICAL
CEP: 69.314-617 - BOA VISTA
648 641,51
CPF: 00038203693253

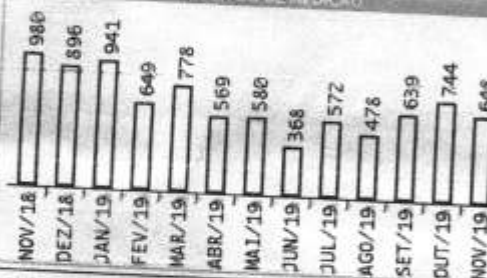
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 64859	Atual: 21/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-2
Anterior: 64211	Anterior: 20/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 21/12/2019	Ligação: TRIPULON
Constante de Multiplicação: 1.002	Emissão: 19/11/2019	Número Medidor: 111070069
Consumo medido: 648	Apresentação: 21/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 648		Modalidade: N 1511610

CONSUMO 648 A R\$ 0,770706 = 499,41
CORR MONETARIA TCD (IG 9/12 3,92
MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 1,51
JUROS DE MORA POR ATR 08/19-00 0,31
MULTA POR ATRASO 08/19-00 9,48
PARCELAMENTO DE DEBITO 9/12 95,65
JUROS DE MORA DE IMPO 08/19-00 6,00
ILUMINACAO PUBLICA 25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 648 - 0,622825

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 648



Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/12/2019. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na dívida pública. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
09/2019 632,49

MENSAGENS
IMPORTANTES
REAVISO DE
VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESO, ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11/16 21 26

RESERVADO AO FISCO

BC76.D10D.9760.4949.CC5F.20E5.4000.C06B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia: 279,04	Encargos: 15,29
Impostos: 118,27	Tributos: 95,01
Transmissão: 0,00	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	Alíquota	Valor
495,41	ICMS: 17,00%	84,82
	PIS: 0,37%	1,09
	COFINS: 1,90%	9,80

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Atual	Trimestral	Mensal	Índice	Atual	Trimestral	Mensal
Limite	35,40	17,70	8,85	Limite	33,84	16,92	8,46
Atual	0,00	0,00	0,00	Atual	0,00	0,00	0,00

DISTRITO

Período de apuração: 09/2019 R\$ 209,65

ROT: 31.001.27.16.060650



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0088991-1

TOTAL A PAGAR - R\$
641,51

MÊS FATURADO
11/2019

VENCIMENTO
28/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4075878

FCAM*

83630000006 1 41510075000 9 000000000088 5 99111119008 8



SEQ.: 0025 UC: 0088991-1 DT. LEIT.: 21/11/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 60859 NORMAL TOTAL: 641,51 CARGA: 024
DT. VENC.: 28/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4241

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal 4517831

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\$)
JANEIRO/2020	26/02/2020	167	152,08

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 - CENTRO
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

CPF: 00005763937899

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20989	Atual: 29-01-2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1.2
Anterior: 20432	Anterior: 26-12-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 02-02-2020	Ligação: ELÉTRICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 26-01-2020	Número Medidor: 1470400000
Consumo medido: 167	Apresentação: 29-01-2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 167		Medialidade: R 1624686

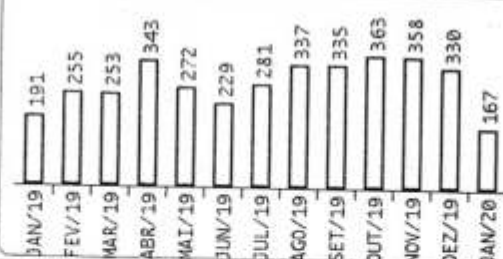
DESCRIÇÃO DA CONTA	CONSUMO	167 A R\$ 0,760481 =	127,00
ILUMINACAO PUBLICA			25,08

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 167 - 0,617778

Média 12 meses: 298

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/02/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano Valor R\$ Mes/Ano Valor R\$
12/2019 419,24 11/2019 387,87

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 8330.6D0B.B536.406C.19DB.8181.1E4A.2A6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	84,03	Base de Cálculo:	127,00
Distribuição:	30,24	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	PIS:	8,31%
Encargos:	3,91	COFINS:	1,45%
Tributos:	23,00		

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMIC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Realizado	6,23			2,00			3,34
Conjunto CENTRO				Período de apuração: 11/2019			EUSD: 108,56

ROT: 12.001.02.11.603050

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

152,08

MÊS FATURADO

01/2020

VENCIMENTO

26/02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4517831

FCAM*

83630000001 2 52080075000 9 00000000126 3 05530120008 9



SEQ.: 0142 UC: 0126055-3 DT.LEIT.: 29/01/2020 T.ENTR.: 07
LEITURA: 20989 NORMAL TOTAL: 152,08 CARGA: 015
DT.VENC.: 26/02/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4011