

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200163398**      **Vítima: JESICA SILVA MARTINS**

**Data do Acidente: 26/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), JESICA SILVA MARTINS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 15 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200163398** Vítima: JESSICA SILVA MARTINS

**Data do Acidente: 26/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JESICA SILVA MARTINS**

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%  
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JESSICA SILVA MARTINS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000000001434-6

Tipos: **CONTA POUPANCA**

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

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

909.841-292-00 *Jesica Silveira Martins*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

*Jesica Silveira Martins*

6 - CPF:

909.841-292-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

*Alvorada*

12 - Cidade:

*Bonito*

13 - Estado:

*RR*

14 - CEP:

69317-230

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

99113-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3905**

CONTA: **00001434**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - 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(s):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou Companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (vacinados)?  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 descaracterização não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de quem assina o pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Bonito RR 15 de Abril de 2020*

*x Jesica Silveira Martins*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*William Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013743/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/04/2020 12:09 Data/Hora Fim: 17/04/2020 13:17  
Delegado de Polícia: Simone Arnuda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 16/10/2019 07:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: São Bento  
Logradouro: Rua Capitão Clóvis da Costa, com a rua CURIÓ Nº: 1433  
CEP:69.315-218

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
43: OMISSÃO DE SOCORRO (ART. 135 CAPUT DOCPB )	Veículo

ENOLVIDO(S)

**Nome Civil: JESICA SILVA MARTINS (VITIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 28/06/1991 Idade: 28 anos  
Naturalidade: PA - Itaituba Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Divina Almeida Silva Nome do Pai: Abdias Cruz Martins  
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 909.841.292-00  
RG - Carteira de Identidade: 6298036

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: rua milton maduro Nº: 1071  
Complemento: casa  
Bairro: Alvorada

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

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 842.599.222-20	Placa: NAN6653
Renavam: 00305718088	Número do Motor: KC16E8B502786
Número do Chassi: 9C2KC1680BR502786	Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013743/2020

Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 23/03/2011	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvidos</b>
Jesica Silva Martins	Proprietário
<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição carro palio da cor verde	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvidos</b>
Desconhecido f	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que a comunicante compareceu nesta UP, acompanhada e instruída pelo seu PROCURADOR, de nome, WILLIAM GONÇALVES FRANCO, inscrito sob o RG nº 239717 e SSP/RR, CPF nº: 825.396.343-20, nome da mãe: MARIA DO ROSARIO GONÇALVES FRANCO; QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia (ad-hoc), chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei que ambos poderiam responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro; QUE em seguida a comunicante relata o seguinte fato: QUE no dia 26 de novembro de 2019, por volta das 7:40 da manhã a comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 150 FAN ESDI, de cor VERMELHA, de placa nº NAN-653; QUE neste momento trafegava na Av. Capitão Cióvis da Costa no bairro São Bento/RVBV indo em direção ao seu trabalho, quando de surpresa no cruzamento da rua curiô, um veículo automotor, modelo PALIO, cor VERDE, invadiu a avenida que a comunicante trafegava, momento esse que a comunicante colidiu na lateral do carro; QUE a comunicante foi arrastada por cima por veículo, que devido a gravidade do acidente perdeu a lucidez um momento, que no momento do fato, a comunicante foi socorrida por transeuntes que estavam presentes no local, que de imediato a colisão o autor do acidente evadiu-se do local de acidente sem prestar socorro ou assistência a comunicante; QUE a comunicante teve fraturas graves em sua perna direita, como consta em laudo médico em anexo a este B.O; QUE a comunicante não tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduzia o veículo acima citado.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig S. de Souza  
Escrivão de polícia "ad-hoc"  
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de

Roraima  
Matrícula 020116684  
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Jesica Silva Martins

Jesica Silva Martins  
(Assinatura)

"Declaro, para os efeitos finais do direito que exerce, que sou eu (assinei) o responsável pela informação, quanto ao conteúdo do relato que redigi acima, é verdadeiramente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

909.841-292-00 *Jesica Silveira Martins*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

*Jesica Silveira Martins*

6 - CPF:

909.841-292-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

*Alvorada*

12 - Cidade:

*Bonito*

13 - Estado:

*RR*

14 - CEP:

69317-230

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

99113-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓR)

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:

*3905*

*03*

CONTA:

*00001434*

*6*

(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 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 5.194/74), 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 da 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - 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(s):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro(s)/vacinador(s)?  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 descaracterização não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de quem assina o pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Bonito RR 15 de Abril de 2020*

*x Jesica Silveira Martins*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*William Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESICA SILVA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 00000001434-6

---

Nr. da Autenticação 4A5B41432DC04B5B



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eze Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.424/0001-44 | Inscrição Estadual: 47.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imprensa autorizado pela SEFAZ 368/13

versão 2019  
e Roraima e Bacia  
Referência à legislação

0034384-6

Nº da Nota Fiscal 4441441

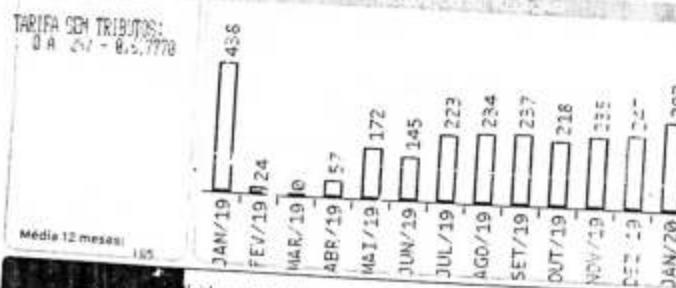
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.423 de 26 de abril de 2002. (AJE)

JANEIRO/2020 06/02/2020  
MARIA SONIA MOREIRA DA COSTA  
R. MILTON MADURO 1071 - ALVORADA  
CEP: 69.317-230 - BOA VISTA

297 268,14  
CPF: 00010342718249

DADOS DA LEITURA (kWh)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Mês:	02/2020	Atual:	06/02/2020	Grupo/Subgrupo:	0000000000
Anterior:	10924	Anterior:	13.13.000	Classe/Subclasse:	0000000000
Dia de consumo:	04	Próxima Leitura:	02/03/2020	Ligação:	0000000000
Constante de Multiplicação:	0000	Emissor:	17.01.0029	Número Medidor:	0000000000
Consumo medido:	297	Apresentação:	01.000	Forma de Faturamento:	0000000000
Consumo faturado:	297			Modalidade:	0000000000

CONSUMO	297 A R\$ 0,760481 =	225,45
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 11/19-00		0,17
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/19-00		0,16
MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00		2,02
JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00		0,37
MULTA POR ATRASO 11/19-00		3,62
JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00		1,99
ILUMINACAO PÚBLICA		33,45



#### RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA REDETA - R\$ 225,45		CÁLCULO DA BASE DE CÁLCULO DE impostos/contribuições - R\$ 225,45		
Energia: 165,00	Encargos: 52,45	Base de Cálculo: ICMS:	Aliquota:	Valor:
Transmissão: 52,22	Tributos: 0,00	PIB: 17,60%	17,60%	R\$ 39,49
Rede: 0,00	COFINS: 8,00%	COFINS: 8,00%	8,00%	R\$ 18,00

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	RIC	BRC	DICM
Mensal	9,24	18,49	36,99	
Trimestral	8,46	16,92	33,84	4,99
Anual				

Limitada: 0,58

Conjunto FLORESTA

Período de apuração: 11/2019 EUSD: 22,99

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

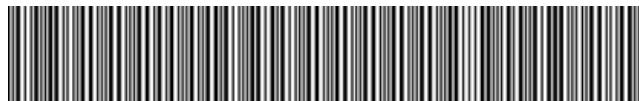
**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 82 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SÉGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco,  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 00, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário  
Jesica Silveira Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 909.841.292 / 00,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Jesica Silveira Martins,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 909.891.292 / 00, 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. 298 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua CC 18</u>	Número:	<u>895</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>Wfranco992@gmail.com</u>			CEP: <u>69.318-085</u> Tel.(DDD): <u>(61) 3113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 13 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

Ortopedia - Dr. Pedro

Possível lesão da articulação metacarpofalangea direita.

Verifica-se (D) luxação direita com dislocação da articulação trânsito/péndulo

(X) com alinhamento favorecendo os fatores de cura.

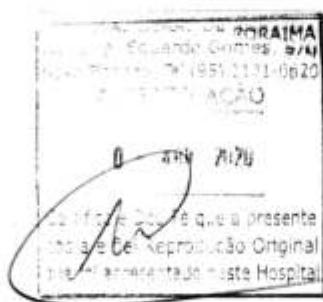
CD: Gesso imóvel palmar.

Sintomática:

do UCM.

Alta.

Dr. Fernando Rezende  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMER 2077





D

JESSICA SILVA MARTINS

983

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson

NOME: JESSICA SILVA MARTINS  
MÉDICO: FERNANDO REZENDE CRUZ  
Nº. Controle: RX 10                          PARTICULAR



### RADIOGRAFIA DA Perna Direita

Fratura completa nos terços médios das diáfises da tibia e fíbula.  
Aparelho de imobilização gessado.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 11 de dezembro de 2019

clinicacrcx@hotmail.com    clinicacrcx@gmail.com

(95) 3224 - 7999    (95) 3224 - 0485    (95) 3623 - 1091 Fax  
(95) 99122 - 2122 Vivo    (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."



Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

Paulo Emerick Seixas Henrigues CRM RR 2091



JESSICA SILVA MARTINS ID 0087200  
Data 11/12/2019 Hora 08:41:35 - Data Nas. 28/06/1991  
Centro Clinico Radiologico - CRx



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6268038 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2007

NOME JESSICA SILVA MARTINS

FILIAÇÃO

ABDIAS CRUZ MARTINS  
MARTA DIVINA ALMEIDA SILVA

NATURALIDADE ITAITUBA PA DATA DE NASCIMENTO 28/06/1991

DOC ORIGEM C. NASC-ITAITUBA PA

NIM-41492 LIV-A121 FOL-V

CPF

PIRA  
Assunto: *[Signature]*

LEI N° 7.918 DE 29/08/83

035



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**909.841.292-00**

Nome

**JESICA SILVA MARTINS**

Nascimento

**28/06/1991**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**FB13.9386.F00F.061E**

A autenticidade desse comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pelo

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:49:44 do dia 17/07/2015 (hora e data de Brasília)

código verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de nomeação

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DENATRAN**

**DETAN - RR**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

**VIA**

**CÓD. RENAVAM**

**(11) 0030571808**

**NOME**

**RAILTON DA COSTA FREITAS**

**2018**

**CPF / CNPJ**

**842.599.222-20**

**PLACA ANT./UF**

**RR**

**CHASSI**

**JC2KC1680BR502786**

**EXERCÍCIO**

**2018**

**DATA EMISSÃO**

**01/02/2018**

**PLACA**

**NAN6653**

**SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CUIPO SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT**

**Nº 012920083874 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**C.F. Nº 012920083874**

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**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**

**2018**

**CPF / CNPJ**

**842.599.222-20**

**RENAVAM**

**0030571808**

**MARCA/MODELO**

**HONDA/CG150 FAN ESDI**

**EXERCÍCIO**

**2018**

**DATA EMISSÃO**

**01/02/2018**

**PLACA**

**NAN6653**

**PRÉMIO TARIIFÁRIO**

**DESENTRAL (R\$)**

**R\$ 9.03**

**CUSTO DO SEGURO (R\$)**

**R\$ 70.33**

**TOTAL PRECO (R\$)**

**R\$ 79.33**

**VALOR PAGAMENTO**

**R\$ 70.33**

**DATA DE PAGAMENTO**

**22/01/2018**

**VALOR PAGAMENTO**

**R\$ 70.33**

**VALOR PAGAMENTO**

**R\$ 70.33**</



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127280/20

**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS

**CPF:** 909.841.292-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/11/2019

**Titular do CPF:** JESICA SILVA MARTINS

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### JESICA SILVA MARTINS : 909.841.292-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200163398      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS      **Data do acidente:** 26/11/2019      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 06/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 4.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200163398      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS      **Data do acidente:** 26/11/2019      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 06/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 4.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Jéssica Silva Martins  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Secretária Geral RG: 62.880.36  
CPF: 909.841.292-00 ENDEREÇO: R. Milton Mendes 1071  
BAIRRO: Aurora CIDADE: Baixa Vista  
CEP: 69.317-230

VITIMA: Jéssica Silva Martins  
CPF: 909.841.292-00 DATA DO ACIDENTE: 01.03.26.11.19  
NATUREZA: ( DAMS) ( INVALIDEZ) ( MORTE)

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº. DO RG: 23.911.7 ORGÃO EMISSOR: SESPIRR  
DATA DE EMISSÃO: 05.11.19  
Nº. DO CPF: 805.396.343-20  
ENDERECO: Rua CC 18 - 295, lauro. Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista/RN 19 de Março de 2020



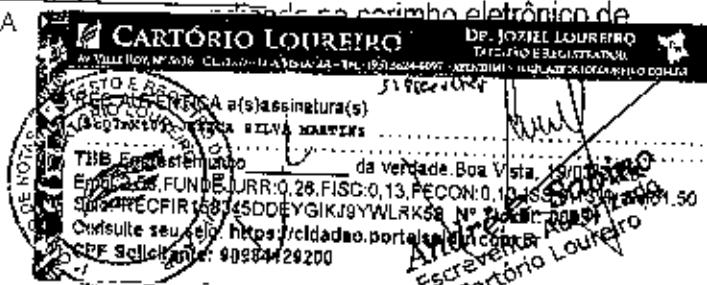
Jéssica Silva Martins

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data

anterior no escritório eletrônico da



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127280/20

**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS

**CPF:** 909.841.292-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/11/2019

**Titular do CPF:** JESICA SILVA MARTINS

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### JESICA SILVA MARTINS : 909.841.292-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO