

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, 08 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200319598**

**Vítima: ANDERSON ANDRADE LIMA**

**Data do Acidente: 15/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ANDERSON ANDRADE LIMA**

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, contados 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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200319598 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ANDERSON ANDRADE LIMA Data do acidente: 15/04/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 10/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 4º E 5º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 4º E 5º DEDO DO PÉ 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 4º E 5º DEDO DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **09080427200** 3 - CPF da vítima: **69086427200** 4 - Nome completo da vítima: **ANDERSON ANDRADE LIMA**

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

5 - Nome completo: **ANDERSON ANDRADE LIMA**, 6 - CPF: **69086427200**  
 7 - Profissão: **FUNC. PÚBLICO** 8 - Endereço: **R. MANOEL B. ARAUJO 374** 9 - Número: **374** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **31 DE MARÇO** 12 - Cidade: **BOA VISTA RR** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69305330**  
 15 - E-mail: **LUANNA.50022A71@HOTMAIL.COM** 16 - Tel. (DDRR): **95991168367.**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **0250**

CONTA: **158785**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (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  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Nascrito (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não identificado

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)

40 - Local e Data,

**BOA VISTA, 13/10/2020**

\* Anderson Souza Andrade Lima

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

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

Assinatura da testemunha

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

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

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 5982/2020 - Registrado em: 05/07/2020 às 15h 22min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 15/04/2020 às 17h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: MARIO HOMEM DE MELO

Nº. S/N

CEP:

Bairro: LIBERDADE

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

ANDERSON ANDRADE DE LIMA(38), nascido(a) em 12/02/1982, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de FUNCIONÁRIO PÚBLICO, CPF Nº 690.864.272-00, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de HELENY ANDRADE LIMA e VICENTE LIMA SOBRINHO, endereço: MANOEL B ARAUJO, cep: 69305-330, Nº: 374, bairro: TRINTA E UM DE MARCO, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99113-3700.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

COMUNICO QUE NO DIA 15 DE ABRIL DE 2020, APROXIMADAMENTE AS 17:00HS, NA AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO, BAIRRO LIBERDADE, EU CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CB 250F TWISTER DE PLACA NUJ1228 CHASSI: 9C2MC44006R004538 DE PROPRIEDADE DO SENHOR RAIMUNDO NONATO CARDOSO FILHO, INDO NO SENTIDO CENTRO/BAIRRO, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO POSTO ABEL GALINHA, UM VEÍCULO DA MARCA RENAULT SYMBOL DE PLACA NA00264, QUE ERA CONDUZIDO PELA SRA. CARLA LAIANE DE ALMEIDA, INVADIU A PREFERENCIAL CAUSANDO O ACIDENTE. QUE A MESMA PERMANECEU NO LOCAL ATÉ A CHEGADA DO SOCORRO. QUE SOFRIU LESÕES CORPORais E QUE APÓS O FATO, FUI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000887  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ANDERSON ANDRADE DE LIMA  
COMUNICANTE

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **09080427200** 3 - CPF da vítima: **69086427200** 4 - Nome completo da vítima: **ANDERSON ANDRADE LIMA**

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

5 - Nome completo: **ANDERSON ANDRADE LIMA**, 6 - CPF: **69086427200**  
 7 - Profissão: **FUNC. PÚBLICO** 8 - Endereço: **R. MANOEL B. ARAUJO 374** 9 - Número: **374** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **31 DE MARÇO** 12 - Cidade: **BOA VISTA RR** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69305330**  
 15 - E-mail: **LUANNA.50022A71@HOTMAIL.COM** 16 - Tel. (DDRR): **95991168367.**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **0250**

CONTA: **158785**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (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  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Nascrito (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não identificado

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)

40 - Local e Data,

**BOA VISTA, 13/10/2020**

\* Anderson Souza Andrade Lima

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

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

Assinatura da testemunha

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

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

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# 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: 15/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: ANDERSON ANDRADE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000158785-4

---

Nr. da Autenticação AF155AF0EFD2907A

RORAIMA ENERGIA S.A.  
 Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-0

N° DA NOTA FISCAL 5511300 FCAN\*

 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
 Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	16/07/2020	429	359,70

 RITA SILVA CAMFI O  
 R. MANOEL B AIUJUJO 3/4 - 31 DE MARCO  
 CEP: 69.305-330 BOA VISTA  
 CPF: 00011238836291

**DATAS DA LEITURA**

Atual: 29/06/2020 Anterior: 28/05/2020 Próxima leitura: 30/07/2020  
 Emissão: 26/06/2020 Apresentação: 29/06/2020 Dias de consumo: 32

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	2802149	NORMAL	CONVENC

**DADOS DA LEITURA (kWh)**

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh FPONTA	INJETADO FPONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	4836n							
Leit. Anterior	47937							
Constante	1.0000							
Resíduo								
Medido	429							
Faturado:	429							

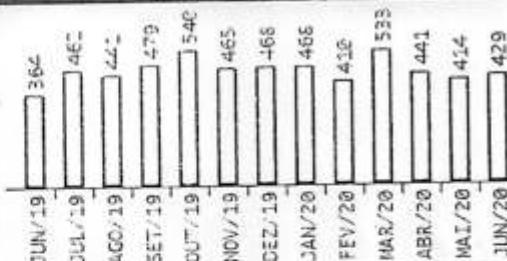
**DESCRIÇÃO DA CONTA**

CONSUMO	4/9 A R\$ 0,755234 =	323,99
CORREÇÃO MONETÁRIA 16/04/20 00		1,43
MULTA POR ATRASO DE 1/04/20 00		0,75
JUROS DE HORA POR ATR 04/20 00		0,13
MULTA POR ATRASO 04/20-00		6,74
JUROS DE HORA DE IMP 04/20-00		1,79
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		24,87

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

 TAREFA SEM TRABALHO  
 0 h 41' 0,00% 0,00

Média 12 meses: 457 44%

**HISTÓRICO DE MEDAÇÃO**


Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14/07/2020. O seu pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SEDEN.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

 Nas reas Valores  
 05/2020 337,24

LIGUE 0067019120 E FAÇA O SEU VENCIMENTO 16 11 16 21 26

**MENSAGENS IMPORTANTES**
**REAVISO DE VENCIMENTO**

RESERVADO AO FISCO E8A2.E32F.2CA9.4F19.C568.F749.25FD.FBF3

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

	Mensal	Trimestral	Anual
Energia:	177,33		
<b>Distribuição:</b>	77,67		
Transmissão:	31,00		
Encargos:	16,44		
Perdas:			
<b>FIC</b>	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	6,61	17,06	24,12
Realizado	0,73		
<b>DMIC</b>	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	7,27	14,54	29,08
Realizado	2,00		

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	Mensal	Trimestral	Anual
Base de Cálculo:	323,99		
<b>ALÍQUOTA</b>	VALOR		
ICMS:	1,00%	55,07	
<b>DICRI</b>	Mensal		
Limite	3,54	Limite	
Realizado	0,00	Realizado	

**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: 5241601

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>05/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>23-APR-20 a 21-MAY-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>1141</b>	VENCIMENTO <b>17-JUN-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 932,19</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>539180</b>	MÊS <b>05/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 932,19</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053





## 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 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/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 SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. NOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382 , 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANDERSON ANDRADE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 690864272 00,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANDERSON A. LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 690864272 , 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

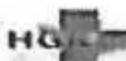
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>R: SD. PM. JACINTO J DE S. SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CARANÁ</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail:	<u>LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u>			Tel(DDD): <u>(65)991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 13/08/2020.

luananasorj  
Assinatura do Declarante



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral do Heiligen - HGAN / FISE  
Av. Manoel Félix Eduardo Góes, 3100

1.6 Classifying Data into specific groups

- 1. Multimodal
- 2. Uniform
- 3. Bimodal
- 4. Uniform
- 5. Skewed

*W. H. Smith & Sons*

Die dreyßig Jahr  
Von 1860 bis 1890  
in Europa  
und Amerika  
Von  
Hans Jahn

Assinatura do Paciente ou Responsável

#### **Continuing Education in Medicine**

Impresso por antoniasoares  
Data/Hora 15/04/2020 17:50:01

11

**NOME: ANDERSON ANDRADE LIMA**  
**MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS**  
**Nº Controle: RX 08**      **PARTICULAR**



CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA  
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682/RQE 424

## RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Fratura na cabeça da falange proximal do 5º pododáctilo.

Fratura na base da falange proximal do 4º pododáctilo.

Aparelho de immobilização gessado, dificultando a melhor análise.

## **Correlacionar com dados clínicos**

Boa Vista, 12 de maio de 2020

 [clinicascm@hotmail.com](mailto:clinicascm@hotmail.com)

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0405 (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 Lage de Freitas CRM RR 1620

**Clinica Radiologica Oliveira**  
Av. Vila Madalena, 4020 - Centro, São Paulo, SP  
01301-000 Rio das Pedras, RJ

**CCRx**  
Centro Clínico Radiológico - CCRx



ANDERSON ANDRADE LIMA ID.0088981

Data 12/11/51, 10:40 Horário 11:28 Data Nasc 17/10/1982

Centro Clínico Radiológico - CCRx



D

OBLI.

ANDERSON ANDRADE LIMA ID:0088981

Data:12-05-2020 Hora:09:12:28 Data Nasc.:12-02-1982

Centro Clínico Radiológico - CCRx

7/5/2020 09:40:22

ANDERSON ANDRADE LIMA,

Samsung Quad Camera  
A. MORENA

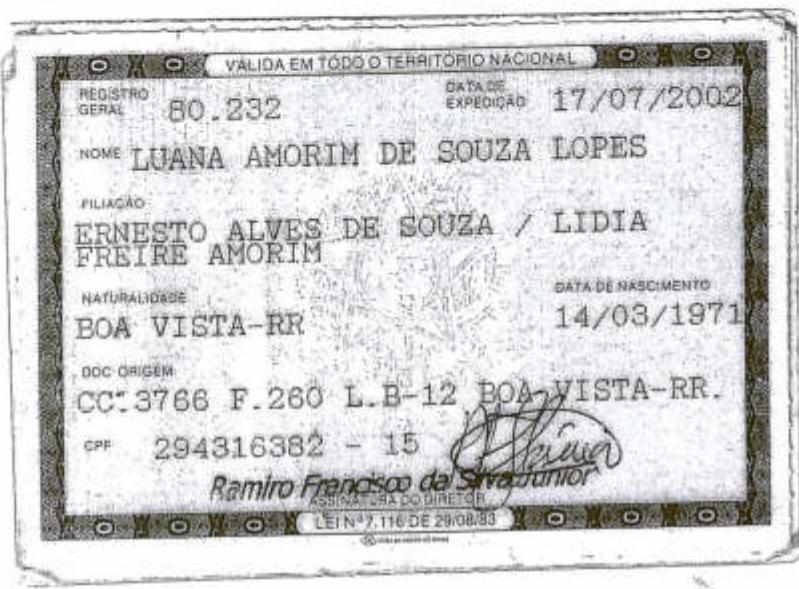




Samsung Quad Camera  
A. MORENA

7/5/2020 02:42:22

100%







# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251294/20

**Vítima:** ANDERSON ANDRADE LIMA

**CPF:** 690.864.272-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/04/2020

**Titular do CPF:** ANDERSON ANDRADE LIMA

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### ANDERSON ANDRADE LIMA : 690.864.272-00

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: 04/09/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

**Nome:** ANDERSON ANDRADE LIMA

**Identidade:** 169567 SSP/RR **CPF:** 005.926.442-00

**Naturalidade:** Boa Vista/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Estado Civil:** SOLTEIRO **Profissão:** FUNCIONÁRIO PÚBLICO

**Endereço:** RUA MANOEL B ARAUJO, 374 – 31 DE MARÇO / CEP: 69.305-330

### OUTORGADO:

**Nome:** LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

**Nacionalidade:** BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

**Profissão:** FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

**Endereço:** RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 02 de julho de 2020.



Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251294/20

**Vítima:** ANDERSON ANDRADE LIMA

**CPF:** 690.864.272-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/04/2020

**Titular do CPF:** ANDERSON ANDRADE LIMA

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### ANDERSON ANDRADE LIMA : 690.864.272-00

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: 04/09/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO