

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
2945189820201229104850

Processo 0830325-78.2020.8.23.0010 ☆ - (33 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 9597 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág. 1



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, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188162

Vítima: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

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

Carta nº 1579575



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, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200188162

Vítima: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/02/2020, emitida pelo Dr. VICTOR CORREA COSTA, CRM nº 2143 - RR, da Instituição HOSP. GERAL DE RORAMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15851916

Pag. 00013/00014 - carta\_31 - INVALIDEZ



00050007



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 988.264.682-49	
4 - Nome completo da vítima: Bruna Gabriela dos Reis Pires			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Bruna Gabriela dos Reis Pires		6 - CPF: 988.264.682-49	
7 - Profissão: autônoma		8 - Endereço: Rua: Iguaçu	
9 - Número: 510		10 - Complemento:	
11 - Bairro: Cidade Santa Tereza		12 - Cidade: Boa Vista	
13 - Estado: RR		14 - CEP:	
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM		16 - Tel (DDD): (95) 93404-5368	
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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 3027		CONTA: 30323	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> 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, sem eu ter 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
Declaro que 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, as 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 discordo do seu conteúdo			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	
30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	
36 - CPF 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)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____		38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____	
Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____		39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____	
Assinatura da testemunha		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 22/05/2020			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Bruna Gabriela Pires			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	





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: 3125/2020 - Registrado em: 14/05/2020 às 17h 12min

**FATO(S) COMUNICADO: DANO**

Data/hora do Fato: 01/02/2020 às 16h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: CICERO CORREA DE MELO FILHO

Nº: S-N

CEP: 69313-592

Bairro: UNIÃO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO A PANIFICADORA PIMENTEL

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES(33), nascido(a) em 19/11/1986, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 988.264.682-49, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA DO SOCORRO DOS REIS SENA e JULIO CESAR DE SOUZA PIRES, endereço: LIBRA, cep: 69317-520, Nº: S-N, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: QUADRA 75, BL K2 - APART. 206, referência: PROXIMO A UMA ACADEMIA, Telefone: (95) 99170-4370.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ACIDENTE DE TRANSITO - COMUNICANTE VITIMA <sup>4</sup> COM FRATURAS NA MÃO DIREITA, JOELHO E TORNOZELO DIREITO.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA), QUE ESTAVA NA SUA MOTOCICLETA FAM 125 HONDA DE PLACA JXY - 6014 TRAFEGANDO NA RUA ACIMA INDICADA EM DIREÇÃO A AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO, QUANDO O CONDUTOR DE UM AUTOMÓVEL SAVEIRO QUE ESTAVA NA SUA FRENTE, FEZ UMA MANOBRA BRUSCA PARA ESQUERDA SEM UTILIZAR SETAS NO INTUITO DE ADENTRAR EM UM IMÓVEL, LEVANDO A COMUNICANTE A SE CHOCAR NA LATERAL DO VEICULO, CAUSANDO O ACIDENTE, ONDE A COMUNICANTE SOFREU ALGUMAS FRATURAS, EM SUA MÃO DIREITA, JOELHO E TORNOZELO DIREITO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000432  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES  
COMUNICANTE

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200188162 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LESÃO CORTO-CONTUSA EM 2º E 3º DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 1

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P 1

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



LIDER Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
1 - Nº do sinistro ou AGL		3 - CPF da vítima 988.264.682-49	4 - Nome completo da vítima: Bruna Gabriela dos Reis Pires
II - DISTRITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
6 - Resposta completa: autônoma		7 - CPF: 988.264.682-49	8 - Nome completo do representante legal: Bruna Gabriela dos Reis Pires
9 - Profissão: autônoma	10 - Endereço: Rua Iguaçu	11 - Número: 810	12 - Complemento: S/N
13 - Bairro: Cidade Santa Tereza	14 - Cidade: São João del-Rei	15 - UF: RJ	16 - CEP: 27.000-000
17 - E-mail: JAOI.BR@HOTMAIL.COM		18 - Telefone (DDD) e número: (21) 98888-5365	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM DURADOR			
19 - Nome completo do Representante Legal:			
20 - CPF do Representante Legal:		21 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
22 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAL <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$10.001,00 ATÉ R\$20.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$20.000,00			
23 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Itaú (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 3023		CONTA: 30323	
Informe o dígito se existir		Informe o dígito se existir	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, desde que não haja, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.			
24 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> 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.			
• Não há procedimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.			
• Entendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso contrário do seu conteúdo.			
25 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
26 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
27 - Data do óbito da vítima: _____			
28 - Causa do óbito da vítima: _____			
29 - Se a vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
30 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome e endereço: _____			
31 - Se a vítima deixou filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
32 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome e endereço: _____			
33 - Se a vítima deixou irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
34 - Se a vítima deixou irmãos, informar o nome e endereço: _____			
35 - Se a vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
36 - Se a vítima deixou pais/avós vivos, informar o nome e endereço: _____			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarão a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da possibilidade criminal por infração do artigo 296 do Código Penal.			
37 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra): 38 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra): 39 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra):		40 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 41 - Nome: CPF: Assinatura da testemunha:	
42 - Local e data: São João del-Rei, RJ, 22/05/2021		43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 44 - Assinatura do Procurador (se houver):	



**SEU CÓDIGO**  
**0123636-9**



**Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO**

**4847270**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene 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 S-1  
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 4847270  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002, FEMPA

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2020	01/04/2020	50	142,06

**MARLINA GABRIELA DOS REIS PIRES**  
R. LIBRA S/N Q 75 BL K2 AP 206 - CIDADE SATELITE  
CIP: 69.317-520 - BOA VISTA

CONT: RESIDENCIAL MAKU

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	16597	Atual:	14/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	16597	Anterior:	10/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	13/04/2020	Utição:	BIFÁSICA
Consumo médio:	500	Emissão:	13/03/2020	Número Medidor:	14EDB08431
Consumo medido:	0	Apresentação:	27/03/2020	Forma de Faturamento:	MINIMO
Consumo Faturado:	50			Modalidade:	0 1428212


DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	50 A R\$ 0,631569 =	31,57
CORR MONETARIA TCD (IG 8/12)		3,37
PARCELAMENTO DE DÉBITO 8/12		81,85
ISENÇÃO ICMS 6,49		
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,27

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 50 - R\$ 0,631778

Média 12 meses: 230

**HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**



Mês	Consumo (kWh)
MAR/19	259
ABR/19	309
MAI/19	291
JUN/19	202
JUL/19	202
AGO/19	271
SET/19	289
OUT/19	244
NOV/19	256
DEZ/19	265
JAN/20	267
FEB/20	0
MAR/20	0

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 2.085,69 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano	Valor R\$
02/2020	315,79

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

**RESERVADO AO FISCO**

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

Item	Valor
Energia:	20,66
Distribuição:	9,86
Transmissão:	0,00
Encargos:	1,17
Tributos:	0,68

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**

Base de Cálculo	Alíquota	Valor
ICMS:		
PIS:	0,38%	0,12
COFINS:	1,75%	0,56

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	DIC			PIC		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00			0,00		
Conjunto	FLORESITA			0,00		

ROT: 32.001.24.27.09850

**RORAIMA ENERGIA**

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

**SEU CÓDIGO**  
0123636-9

**MÊS FATURADO**  
03/2020


**Nº da Nota Fiscal:** 4847270

**TOTAL A PAGAR - R\$**  
142,06

**VENCIMENTO**  
01/04/2020

**FEMP\***

83600000001 5 42060075000 4 000000000123 0 63690320008 8



SEQ.: 0009 UC: 0123636-9 DT.LEIT.: 14/03/2020 T.ENTR.: 03

LEITURA: 16597 MINIMO TOTAL: 142,06 CARGA: 011

DT.VENC.: 01/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4284





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ILDIR INACIO DE SOUZA**

DOC IDENTIDADE / RG: **114807 SSP RJ**

CPF: **383.051.512-04** DATA NASCIMENTO: **07/04/1978**

FUNÇÃO: **JOSE SOUZA DE ASSUNCAO**

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CATIA: **CATIA**

APREGISTRO: **01101912304** VALIDADE: **28/01/2020** HABILITAÇÃO: **15/12/1989**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: **BOA VISTA - RORAIMA** DATA DE EMISSÃO: **30/01/2015**

92485240616  
9207968020

DETRAN-RR (RORAIMA)



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 de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ RR/MS

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0109029-1

Nº da Nota Fiscal 4872055

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FICAM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILDIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA  
CPF: 0003830515120

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 389 Anterior: 548 Dias de consumo: 33 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 389 Consumo Faturado: 389	Atual: 25/03/2020 Anterior: 21/02/2020 Próxima leitura: 25/04/2020 Emissão: 24/03/2020 Apresentação: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BIFASICA Número Medidor: TUB1910534 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
389 A R\$ 0,764425 =		297,36
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (3X)		0,68
CORREÇÃO MONETARIA IGPM (3X)		3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)		6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		1,08
MULTA POR ATRASO (3X)		10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		3,74
ILUMINACAO PUBLICA		42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 389 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

LIQUE: 0000019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO I 6 11 16 24 26  
Forabem! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO									
674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$				
Energia:		150,00			Encargos:		9,10		
Distribuição:		70,43			Tributos:		5,03		
Transmissão:		0,00							
Base de Cálculo:					ALÍQUOTA		VALOR		
297,36					ICMS:		17,00%		50,55
					PIS:		0,30%		1,14
					COFINS:		1,75%		5,34
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
		DIC		FIC			DMIC		DICM
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite		9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado		0,00			0,00			0,00	
Conjunta		FLORESTA			Período de apuração:			01/2020	RUSD: 74,44
ROT: 5.001.12.04.021700									

ROT: 5.001.12.04.021730



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

0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$

365,12

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal

4872055

FICAM

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4

SEQ.: 0100  
LEITURA:

UC: 0109029-1

DT. LEIT.: 25/03/2020



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12<sup>1</sup>

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 Ilair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.05.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bruna Gabriela dos Reis Puris inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.264.682 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bruna Gabriela dos Reis Puris

inscrito (a) no CPF sob o Nº 988.264.682 / 49, 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: Rua Antônio Rincão Galvão

Bairro: Bunitis Cidade: Boa Vista

E-mail: ILAIRRR@HOTMAIL.COM

Número: 1832

Complemento: \_\_\_\_\_

Estado: RR

CEP: 69.309-209

Tel.(DDD): (95) 99154-4282

Local e Data:

Boa Vista - RR, 22/05/2020

Assinatura do Declarante



01/02/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação/Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		<input type="checkbox"/> Vermelho		<input type="checkbox"/> Vermelho		<input type="checkbox"/> Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		<input type="checkbox"/> Laranja		<input type="checkbox"/> Laranja		<input type="checkbox"/> Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Amarelo		<input type="checkbox"/> Amarelo		<input type="checkbox"/> Amarelo	
		<input type="checkbox"/> Verde		<input type="checkbox"/> Verde		<input type="checkbox"/> Verde	
		<input type="checkbox"/> Azul Ass.		<input type="checkbox"/> Azul Ass.		<input type="checkbox"/> Azul Ass.	
2001215762	01/02/2020 16:19:37	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 28	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
BRUNA GABRIELA DOS REIS		19/11/1986		33 A 2 M 12 D		CPF	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
Mão		Sexo		Estado Civil		Racão	
NAO INFORMADO		F		NAO INFORMADO		PARDA	
Endereço		Naturalidade		Nacionalidade		Contato	
RUA - FELIX VALOZ DE ARAUJO - 140 - CARANA - BOA VISTA - RR		NI		BRASILEIRA			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
COLISAO ENTRE VEICUL		URGÊNCIA				Temp.	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Peso	
GRANDE TRAUMA		RESGATE				Pressão	
Queixa Principal		Sintoma		Sintoma		Sintoma	
Acidente de moto		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: ____:____h)							
Paciente deu entrada pelo SAMU, com escoriações em MMID e MMSD. Locação em 2º e 3º quadrantes. Acidente de moto carro.							
Exame Físico		BEG, Hidrotórax, Normotórax, H.A.A.					
Avaliação da Perícia, sem coloração		D: 6-15, Pores visíveis					
Bim + SIRA		Preservado.					
Hipótese Diagnóstica		Escoriações em MMID e MMSS. Locação de 2º e 3º quadrantes.					
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X		<input checked="" type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC	
		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA		<input type="checkbox"/> ECG	
		<input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
1- Sutura + Limpeza							
2- Dipirona 10 mg EV							
3- Tilotil 40 mg EV							
Conduta		<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório			
		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)			
		<input type="checkbox"/> Alta a Revella		<input type="checkbox"/> Internação			
		<input type="checkbox"/> Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito		Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Dr. Victor Correa Costa		Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: sousa		Data Hora: 01/02/2020 16:24:15					



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
AUTÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1475622620

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

DOC IDENTIDADE/DIRT/EMPREGAR  
3250208 SSP RR

CPF  
999.264.682-49

DATA NASCIMENTO  
19/11/1986

RELAÇÃO  
JULIO CESAR DE SOUZA  
PIRES  
MARIA DO SOCORRO DOS  
REIS SENA

PERMISSÃO  
A

REGISTRO  
03984145820

VALIDADE  
27/06/2022

1ª EMISSÃO  
13/06/2006

ASSINATURAS

Assinatura do Portador

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
28/06/2017

AMFARO FRANCISCO DESSAIA MARQUES  
DECRETO PRESIDENTE INTERINO  
DETRAN RR

64334724466  
RR209297255

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ILDIR INACIO DE SOUZA**

DOC IDENTIDADE / RG: **114807 SSP RJ**

CPF: **383.051.512-04** DATA NASCIMENTO: **07/04/1978**

FUNÇÃO: **JOSE SOUZA DE ASSUNCAO**

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CATIA: **ACC**

APRESENTAÇÃO: **01101912304** VALIDADE: **28/01/2020** HABILITAÇÃO: **15/12/1989**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: **BOA VISTA - RORAIMA** DATA DE EMISSÃO: **30/01/2015**

92485240616  
9207968020

DETRAN-RR (RORAIMA)



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene 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 Impressão autorizado pela SEFAZ RR/RR

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0109029-1

Nº da Nota Fiscal 4872055

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FICAM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

ILDIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA  
CPF: 0003830515120

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 389 Anterior: 548 Dias de consumo: 33 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 389 Consumo Faturado: 389	Atual: 25/03/2020 Anterior: 21/02/2020 Próxima leitura: 25/04/2020 Emissão: 24/03/2020 Apresentação: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BIFASICA Número Medidor: TUB1910534 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: N 1519404

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
389 A R\$ 0,764425 =		297,36
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (3X)		0,68
CORREÇÃO MONETARIA IGPM (3X)		3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)		6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)		1,08
MULTA POR ATRASO (3X)		10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)		3,74
ILUMINAÇÃO PUBLICA		42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 389 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

LIQUE: 0000019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM 16/11/2020  
Forabem! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98		Energia: 150,00 Encargos: 9,10 Distribuição: 70,43 Tributos: 5,00 Transmissão: 0,00		Base de Cálculo: 297,36 ICMS: 17,00% PIS: 0,30% COFINS: 1,79%	
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		Valor: 58,55 1,14 5,34		INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Mensal Trimestral Anual		Mensal Trimestral Anual		Mensal Trimestral Anual	
Limite 9,24 18,49 36,99		Realizado 8,46 16,92 33,84		Diferença 4,99	
Conjunta 0,00		Período de apuração: 01/2020		R\$ 74,44	

ROT: 5.001.12.04.021730



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

SEU CÓDIGO

0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$

365,12

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal

4872055

FICAM

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4

SEQ.: 0100  
LEITURA:

UC: 0109029-1

DT. LEIT.: 25/03/2020



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Bruna Gabriela dos Reis Pires
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	3250288
ENDEREÇO:	Rua Libra S/N Q75 BL K2 AP206 Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RJ
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Buites

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/02/2020, cobertura Invalidez, vítima: Brunna Gabriela dos Reis Pires, Boletim - KK, 20/05/2020

LOCAL E DATA

x Brunna Gabriela R. Pires

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146478/20

**Vítima:** BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

**CPF:** 988.264.682-49

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 01/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

#### BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES : 988.264.682-49

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: 22/05/2020  
Nome: BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES  
CPF: 988.264.682-49

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO