

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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
12	29/12/2020 10:48:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773197CONTESTACAO01.pdf	Público
		12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2773197CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA					
11	14/12/2020 09:35:50	Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 14/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
10	10/12/2020 11:07:44	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária		
9	09/12/2020 09:29:26	RENÚNCIA DE PRAZO DE BRUNA GABRIELADOS REIS PIRES Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (26/11/2020)	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado		
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA					
8	30/11/2020 14:52:23	(Pelo advogado/curador/defensor de BRUNA GABRIELADOS REIS PIRES) em 30/11/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (26/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	ANDRÉ CARLOS ISRAEL Advogado		
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO					
7	30/11/2020 13:17:47	Para advogados/curador/defensor de BRUNA GABRIELADOS REIS PIRES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (26/11/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário		
6	26/11/2020 17:38:15	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado		
5	26/11/2020 09:14:49	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	26/11/2020 09:14:48	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	26/11/2020 09:14:48	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	26/11/2020 09:14:48	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
1	26/11/2020 09:14:48	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado		



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

Rio de Janeiro, 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 15799575





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 0001300014 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15851916

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLT3NUTYF FTX8M 4V933



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

988.264.682-43

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:	988.264.682-43	
7 - Profissão:	Autônoma	B - Endereço:	Rua: Iguape	9 - Número:	510
11 - Barreto:	Cachorro	12 - Cidade:	Barra de São João	13 - Estado:	RR
15 - E-mail:	brunapiresrrr@hotmail.com		14 - CEP:	69510-000	
16 - Tel (DDD):	(65) 98404-5368		17 - Tel (DDD):		

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:								
<table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td><td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td><td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td><td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td><td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td></tr></table>			<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
<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)						
<table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</td><td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td><td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td></tr></table>			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	<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)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)							
<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	AGÊNCIA: [] CONTA: []						
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar 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 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.

• Continuo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e à apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 6.194/74.

• Informo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, fique ciente 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"/> Divorciado	<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 - Vímina teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua 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.

31

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,

Beira Costa - RR, 22/10/2020

& Brunna Gabriela Pires

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-DUTI-V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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, N°: 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 ⁴ COM FRATURAS NA MÃO DIREITA, JOELHO E TORNOCÉLO 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 FRENTES, 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 TORNOCÉLO DIREITO. É O RELATO.

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

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

Bruna Gabriela

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 de Representação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nome do sinistro ou AGL: 2 - CPF da vítima: 3 - Nome completo da vítima:
Bruna Gabriela dos Reis Pires

4 - RG: 5 - Telefone: 6 - CEP: 7 - Endereço: 8 - Número: 9 - Complemento:

10 - Telefone: 11 - Nome completo: **Bruna Gabriela dos Reis Pires** 12 - Cidade: **Rio Igatu** 13 - Logradouro: **2100**
14 - CEP: **588.264.682-400** 15 - Tel (DDO): **12515744-5365**

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

16 - Nome completo do Representante Legal:

17 - CPF do Representante Legal:

18 - Nome completo 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:

RECONHEÇO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos AviAe, Brasil e Banco do Brasil)

Itaú (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3027** CONTA: **30323** 0

Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, no valor de R\$ 1.000,00, mensalmente, reconhecendo e dando, desde já e automaticamente 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.
• O preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação encaminhada e a apresentação do laudo do IML, conservando, desde já, em me sujeitar à análise médica preventiva, caso necessário, ao custo do beneficiário, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.
• Entendo que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, conforme os meus conceitos.

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (na 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 Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, no momento, ainda vivos, ainda de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver o valor recebido, além da punibilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):
Bruna Gabriela dos Reis Pires

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):
Bruna Gabriela dos Reis Pires

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):
08.111.111-1111

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):
Bruna Gabriela dos Reis Pires

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: **Rio Igatu - PR, 07/03/2021**

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante):
Bruna Gabriela dos Reis Pires

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
Bruna Gabriela dos Reis Pires

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

RORAIMA ENERGIA

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 da Ingressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia,
informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO
0123636-9**

Nº de Nota Fiscal: **4847270**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é aplicada
pelo Leil nº 10.435 de 26 de abril de 2002. FEMEP*

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

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

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 16597 Anterior: 16597 Dias de consumo: 33 Constante de Monitorização: 0,00 Consumo médio: 0 Consumo faturado: 50	Atual: 14/03/2020 Anterior: 10/02/2020 Próxima leitura: 13/04/2020 Emissão: 19/03/2020 Agrupamento: 27/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL-BIFASICA Ligação: 14EDB08431 Número Medidor: MINIMO Forma de Faturamento: MINIMO Modalidade: 0 1422212

DESCRÍPCAO DA CONTA

CONSUMO	50 A R\$ 0,631569 =	31,57
CORR MONETARIA TCD (IG 8/12		3,37
PARCELAMENTO DE DEBITO 8/12		81,85
ISENCAO ICMS 6,49		25,27
ILUMINACAO PUBLICA		

OUTRAS INFORMAÇÕES

HISTÓRICO DE MEDICAO

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

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

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Calculo	ICMS:	ALIQUOTA	VALOR
	PIS:		
	COFINS:		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

BIC	FIC	DINC	DICR
Média Trimestre Anual	Média Trimestre Anual	Média	Média %
Límite 9,24	18,49	36,99	8,46
Realizado 0,00		0,00	0,00
Conforme	FORESTA		

PERÍODO DE APURAÇÃO: 01/2020

PERÍODO DE PAGAMENTO: 01/04/2020

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
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: **0123636-9**

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

MÊS FATURADO: **03/2020**

VENCIMENTO: **01/04/2020**

Nº da Nota Fiscal: **4847270**

FEMEP*

83600000001 5 42060075000 4 00000000123 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



SEU CÓDIGO
0109029-

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Gómez, 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 368/13

Para entrar com a Roraima Energia,
informe este NÚMERO
0109029-

Nº da Nota Fiscal: **4872055**

VENCIMENTO: **11/04/2020** CONSUMO (KWH): **389** TOTAL A PAGAR: **365,**
CPF: **0003830515126**

MARCO/2020

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	389	Atual:	25/03/2020
Anterior:	548	Anterior:	21/02/2020
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	25/04/2020
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	24/03/2020
Consumo médio:	389	Apresentação:	25/03/2020
Consumo Faturado:	389		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDOR

Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2	RESIDENCIAL
Classe/Subclasse:		
Ligação:	BIFUSION	
Número Medidor:	TIB1910534	
Forma de Faturamento:	MENSAL	
Medalhão:	N 1519404	

CONSUMO

389 A R\$ 0,764425 =	297,36
CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL (3X)	0,68
CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (3X)	3,47
MULTA POR ATASO DE IL (3X)	6,31
JUROS DE MORA POR ATASO (3X)	1,08
MULTA POR ATASO (3X)	10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)	3,74
JUROS DE HORA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 R\$ 389 - 6.517770

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES

MAR/19	279	ABR/19	269	MAI/19	163	JUN/19	206	JUL/19	133	AGO/19	172	SET/19	173	OUT/19	138	NOV/19	128	DEZ/19	121	JAN/20	240	FEV/20	368	MAR/20	369
--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----

Média 12 meses: 125

LIGE 0800719128 E FAIXA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Período: Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	120,88	Encargos:	9,10	Base de Cálculo:	17.300	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	70,43	Tributos:	5,60	PIS:	8,50%		50,55	
Transmissão:	8,88			COFINS:	1,70%		1,14	
							5,34	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês:	Dez	Trimestral:	18,49	Anual:	36,99	Mês:	Dez	Trimestral:	8,46	Anual:	16,92	Mês:	Dez	Trimestral:	33,84	Anual:	4,99				
Limite:	9,24					Realizado:	0,00					Conjunto:	FLORESTA								

Período de apuração: 01/2020

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Gómez, 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**

FCAM*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjus.br/projudi> - Identificador: PJLT3NUTYF FTX8M 4V933



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Ilar 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 N° 988.264.682-49
do sinistro de DPVAT cobertura Incidente da Vítima Bruna Gabriela dos Reis Puris

inscrito (a) no CPF sob o N° 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 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: Rua Antônio Linheiro Galvão Número: 1832 Complemento:
Bairro: Buritis Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.309-209
E-mail: IL0IRR@NOTMAIL.COM Tel.(DDD): (65) 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
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.: <i>Visto</i>

Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.: <i>me</i>

Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.: <i>me</i>

2001215762	01/02/2020 16:19:37	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	28		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
BRUNA GRIELA DOS REIS		19/11/1986	33 A 2 M 12 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
Mãe:	NAO INFORMADO			F	NAO	PARDA	NACIONAL	
Endereço	RUA - FELIX VALOZ DE ARAUJO - 140 - CARANA - BOA VISTA - RR					Contato	Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
COLISAO ENTRE VEICUL	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.					
GRANDE TRAUMA	RESGATE							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>Acidente de moto</i>								
Anamnese de Enfermagem							GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Paciente foi atendido pelo SAMU, com escoriações em MMS e MMSS. Lesões em 2º e 3º graus. Foi colidido moto carro. BEG, hidrocedema, mormolocrodo, A-A-A. Agonia aerea persistente, sem colar cervical 0:6-15, Pores orais preservados. Bilm + SIRA. E: Escoriações em MMS. Lesões de 2º e 3º graus. Locação em 2º e 3º quirúrgicos.</i>							
Exame Físico	<i>BEG, hidrocedema, mormolocrodo, A-A-A. Agonia aerea persistente, sem colar cervical 0:6-15, Pores orais preservados. E: Escoriações em MMS. Lesões de 2º e 3º graus. Locação em 2º e 3º quirúrgicos.</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>Locação em 2º e 3º quirúrgicos.</i>							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-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			
<i>1- Sutura + limpeza 2- Difusor 10 EV 3- Tiotril 40 mg EV</i>			<i>29/01/2020</i>		<i>Certifico a SOU FE que o presente é a cópia da respectiva documentação original que foi apresentado neste hospital.</i>			
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação							
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica								
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido								
<input type="checkbox"/> Alta a Revenda								
<input type="checkbox"/> Transferência para:								
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			<i>Dr. Victor Costa Costa Carimbo e Assinatura do Médico</i>					

Impresso por: sousa
Data Hora: 01/02/2020 16:24:15



2001215762





RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 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 368/13

Para entrar 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 10.426 de 26 de abril de 2002. FCAR+

DATA DA LEITURA	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,
			CPF: 00003830515126

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	389	Datas da Leitura	Atual:	25/03/2020
Anterior:	548	Anterior:	21/02/2020	
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	25/04/2020	
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	24/03/2020	
Consumo médio:	389	Apresentação:	25/03/2020	
Consumo Faturado:	389			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDOR

Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BIFUSION
Número Medidor:	7181910534
Forma de Faturamento:	MENSAL
Mediadora:	M 1519404

CONSUMO

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 R\$ 389 - 6,517770

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES

MAR/19	279	ABR/19	269	MAI/19	163	JUN/19	206	JUL/19	133	AGO/19	172	SET/19	173	OUT/19	138	NOV/19	128	DEZ/19	121	JAN/20	240	FEV/20	368	MAR/20	369
--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----

Média 12 meses: 125

LIGE 0800719126 E FAIXA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Período: Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 674C.73F7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	120,88	Encargos:	9,10
Distribuição:	70,43	Tributos:	5,60
Transmissão:	8,88		
		Base de Cálculo:	297,36
		ICMS:	17,20%
		PIS:	8,50%
		COFINS:	1,70%
		VALOR:	50,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Mês
Máximo	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	4,00			0,00		0,00	
Conjunto	FLORESTA			Período de apuração:	01/2020	01/2020	74,14

ROT: 5.001.12-04.021730

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Gómez, 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

FCAR*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjus.br/projudi/> - Identificador: PJLT3NUTYF FTX8M 4V933

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Bruna Gabriela dos Reis Pires
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	3250288
ENDEREÇO:	Rua Libra s/n Q75 BL K2 AP206 Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME:	Iair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RK
ENDEREÇO:	Rua Antônio Linhares Galvão 1832 Bento

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 Imóveis, vitima: Bruna Gabriela dos Reis Pires

Boa Vista - RR, 20/05/2020

LOCAL E DATA

x Bruna 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

BRUNA GABRIELA DOS REIS PIRES

MANOEL COELHO NETO