

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Wemerson Malcher Garcia
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Judoca RG: 2045 CPF: 933.558.191-34
ENDEREÇO: Rua: Santa Antônio de Almaz

VITIMA: Kayanne Malcher Oliveira
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 15/09/2019
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

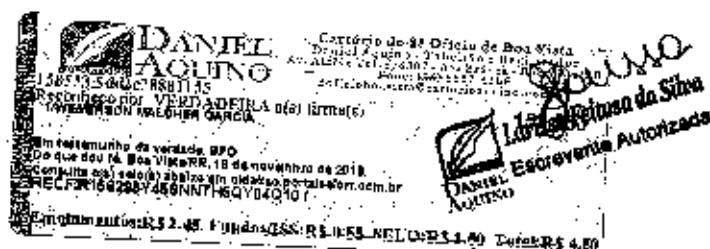
Para requerer o seguro DPVAT por invalides, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar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



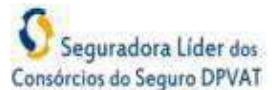
Wemerson Malcher Garcia - 16 de Novembro de 2019.

Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010504/20

Número do Sinistro: 3200011584

Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

CPF: 006.776.862-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Laudo do IML - Lesões corporais

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS : 006.776.862-85

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: 22/01/2020

Nome: DENILZE CORREA DANTAS

CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020

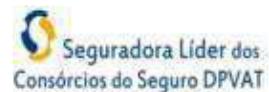
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

CPF: 432.858.722-68

DENILZE CORREA DANTAS

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010504/20

Número do Sinistro: 3200011584

Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

CPF: 006.776.862-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Documentos de identificação

GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS : 006.776.862-85

Autorização de pagamento

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: 07/02/2020
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

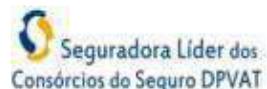
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

DENILZE CORREA DANTAS

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010504/20

Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

CPF: 006.776.862-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS : 006.776.862-85

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: 08/01/2020
Nome: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS
CPF: 006.776.862-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

MANOEL COELHO NETO

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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011584

Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011584

Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
Laudo do IML - Lesões corporais	Apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal - IML, em cópia simples, com nome completo da vítima, pois não foi entregue. Na impossibilidade de apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, a vítima deverá apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Ausência de Laudo do IML.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011584

Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

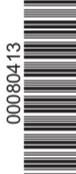
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200011584

Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/08/2019, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER PEREIRA BATISTA CRM nº 1917 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 ASG:

3 - CPF da vítima:

533.376.462-04

4 - Nome completo da vítima:

Kayanne Molcher Oliveira

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

5 - Nome completo:

Kayanne Molcher Oliveira

6 - CPF:

533.376.462-04

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

rua Rio Santo Antônio Abonari

9 - Número:

519

10 - Complemento:

Ribeiravista

11 - Bairro:

São Bent

12 - Cidade:

Praia Vista

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69.315-677

15 - E-mail:

kayanne.molcher@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(45) 9911-5392

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:

Wemerson Molcher Garcia

18 - CPF do Representante Legal:

833.058.122-34

19 - Profissão do Representante Legal:

Vidracario

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUJO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

[]

CONTA:

[]

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Bancos Leste)

Name do BANCO:

Santander

AGÊNCIA: 3436

CONTA: 01088724

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, direto ou indiretamente, reconheço 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 cônscio blitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indevidação do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/72), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 prazo de 90 dias da análise do meu pedido de indenização no 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 do Segurador Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/72.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou verificação do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Civil da vítima:

 Solteiro Casado (ho CAS) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data da morte da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos, informar se é viúva?

 Sim Não

29 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

30 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

33 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

34 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

35 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

36 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

37 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Praia Vista

- PR

20/12/2010

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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:
006.776.862-85Nome completo da vítima:
Gracielle Oliveira dos Santos

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

5 - Nome completo:

Gracielle Oliveira dos Santos6 - CPF:
006.776.862-857 - Endereço:
Autonomia8 - Endereço:
Rua Estrela D'Alva9 - Número:
250410 - Complemento:
Casa11 - Bairro:
Barra do sol12 - Cidade:
Itaúna13 - Estado:
RR14 - CEP:
69.316.057

15 - Telefone:

(65) 90111-5392

16 - Telefone:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO DA VITIMA/BENEFICIÁRIO CONTA POUPLINHA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031245/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/09/2019 11:26

Data/Hora Fim: 18/09/2019 11:50

Origem: Polícia Judiciária Data: 18/09/2019

Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 11/08/2019 06:00

Local do Fato

Município: Cantá (RR)

Logradouro: BR-432

Ponto de Referência: Rotatória que vai para à Serra Grande I.

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 24/09/1991

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Casado(a)

Nome do Pai: Manoel Barbosa dos Santos

Nome da Mãe: Graciana Queiroz Eduardo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 066.776.862-85

RG - Carteira de Identidade: 347754-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 2507

Logradouro: Rua Estrela D'alva

Complemento: Casa

Bairro: Raizar do Sol

Telefone: (95) 99127-1177 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veiculo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veiculo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Envolvimentos

Nome Envolvido

Proprietário, Possuidor

Desconhecido 1

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro

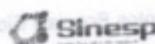
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 18/09/2019 11:50

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

2019-09-18 11:50

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031245/2019

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 006.129.742-94

Renavam 01038108583

Número do Chassi 9C2JC4110FR104863

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAY-5922

Número do Motor JC41E1F104863

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Graciele Queiroz dos Santos

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo à motocicleta também já descrita acima e que está em nome de ERASMO PAIXÃO PONTES. Que dormiu na condução da motocicleta, perdeu o controle e colidiu na rotatória. Que transportava como passageira na garupa da motocicleta sua sobrinha de nome EVELIN LARISSA. Que ambas caíram e sofreram lesões corporais e quando estavam sendo resgatadas por populares, foram colididas por outro veículo. Que EVELIN sofreu apenas arranhões. Que após à colisão à comunicante foi levada para à casa de sua mãe no Município de Cantá, procurando atendimento médico somente horas depois no HGR. Que não sabe informar as características identificadoras do outro veículo e nem se o mesmo permaneceu no local, pois desmaiou. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, que esse registro é para fins de Seguro DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS
DAT

18 SET. 2019

Graciele Queiroz dos Santos

Graciele Queiroz dos Santos
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

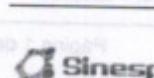
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Matrícula 42000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Geminação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DETALHES (S) ENVIADO(S)



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 18/09/2019 11:50
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

**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: 4105035

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE 69309000 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh) 976	VENCIMENTO 11-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 803,15

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
1020749MÊS
11/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 803,15

83670000083.031500750000.000000001024.074911190051



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, da 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 Quívida: 0800 021 81 38

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/SIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=28836>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a fornecer cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse 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 da profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, este recusa é possível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUARDO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, ITEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wemerson Malcher Garcia,

inscrito (a) no CPF/CNIS 833.558.122-34,

na qualidade de Precursor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wemerson Malcher Garcia,

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalido 3

inscrito (a) no CPF sob o N° 533.376.462-04,

inscrito (a) no CPF sob o N° 833.558.122-34,

da Vítima Kayanne Malcher Oliveira,

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:	Nº <u>Av. General Góiside Teixeira</u>	Número: <u>0748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro:	<u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail:	<u>Wemerson.malcher.garcia@gmail.com</u>	CEP:	<u>69.309.000</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 20 de Dezembro, 2019

Wemerson Malcher Garcia

Assinatura do Declarante

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

1901147156	11/08/2019 22:26:50	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
			<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
			<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
			<input type="checkbox"/> Amarelo	<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"/> Verde
			<input type="checkbox"/> Azul Ass.			

NOTURNO 19- 27

Paciente	GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS	Data Nascimento	24/09/1991	Idade	27 A 10 M 17 D	CNS	CPF 07	Prontuário
Tipo Doc	Documento IDENTIDADE	Órgão Emissor SSP-RR	Data Emissão 05/06/2006	Sexo F	Estado Civil PARD	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe	GRACIANA QUEIROZ EDUARDO	Pai	MANOEL BARBOSA DOS SANTOS	Contato (95) 99127-1177	Ocupação	BRASILEIRA		
Endereço	RUA - ESTRELA D'ALVA - 2477 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR							

Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento OUTROS	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada TRANSPORTADO POR TER	Procedimento Sol.			Pressão
Queixa Principal			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MIRV: 1 2 3 4 5 6	

Exame Físico	(A) Uso aéreas pôniais (B) Espuma co em dd (C) Pulsos cheios e fulgurante (D) ECG 15 (E) Edema punho esq. Escoriações diversas
Hipótese Diagnóstica	

SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input 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) IPIRONA 2g (EV) IV contípulas		

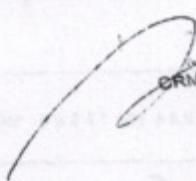
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Doutor (Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308) AUTENTICADA <i>SET 2019</i>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Alô 24h) <input type="checkbox"/> Internação
óbito		Data e Hora da Saída/Alta: / / : :
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :

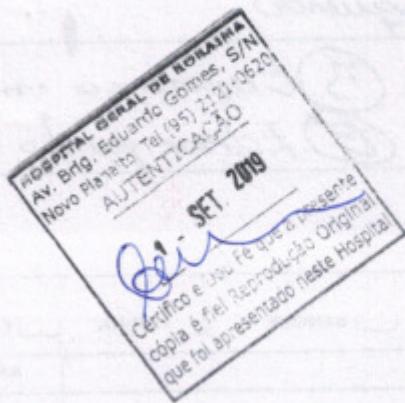
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
---------------------------------------	--------------------------------

Liste
VJ
Ta

DANIELA

Positivos d'anos
em parceria (e).
de qdts sso em
jornal f' pris
a seres + m-


Dennis Brunner
Jornalista
CRM-RF 1917





1900604681

11/08/2019 20:38:21

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS			24/09/1991	27 A 10 M 17 D	707403075348870	00677686285	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
IDENTIDADE	3477541	SSP-RR	05/06/2006	F		PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe							BRASILEIRA
GRACIANA QUEIROZ EDUARDO							
Endereço							
RUA - PACU - 516 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR							Ocupação

Classe de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prontuário
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Poso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				Pressão
Setor			Procedimento Sol.		
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTANEA				Registrado por:

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue
DOR NO PUNHO LE E PE LE, FERIMENTO NO JOELHO

hoje às 6h

Anamnese de Enfermagem ACIDENTE DE MOTO AS 06HS DE HOJE, NAO FOI PARA O ATENDIMENTO! NEGA ALERGIA A MEDICAMENTO	GSC AC: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL
---	---------------------------------------	-------

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21h)	<ul style="list-style-type: none"> *HAS () SIM () NÃO *DM () SIM () NÃO *ALERGIA () SIM () NÃO *GRAVIDEZ () SIM () NÃO
-------------------------------------	--

Exame Físico	BEG corado, hidratado, febril, acianótico, anictérico, <i>lacrimejante</i> , ativo, reativo	<i>CONFERE COM ORIGINAL</i> Em <u>03/09/19</u>
--------------	--	---

Hipótese Diagnóstica	<i>Grau de ferimento</i>	Ass.: <i>Sigiloso</i>
----------------------	--------------------------	-----------------------

SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS
------------------------------	---

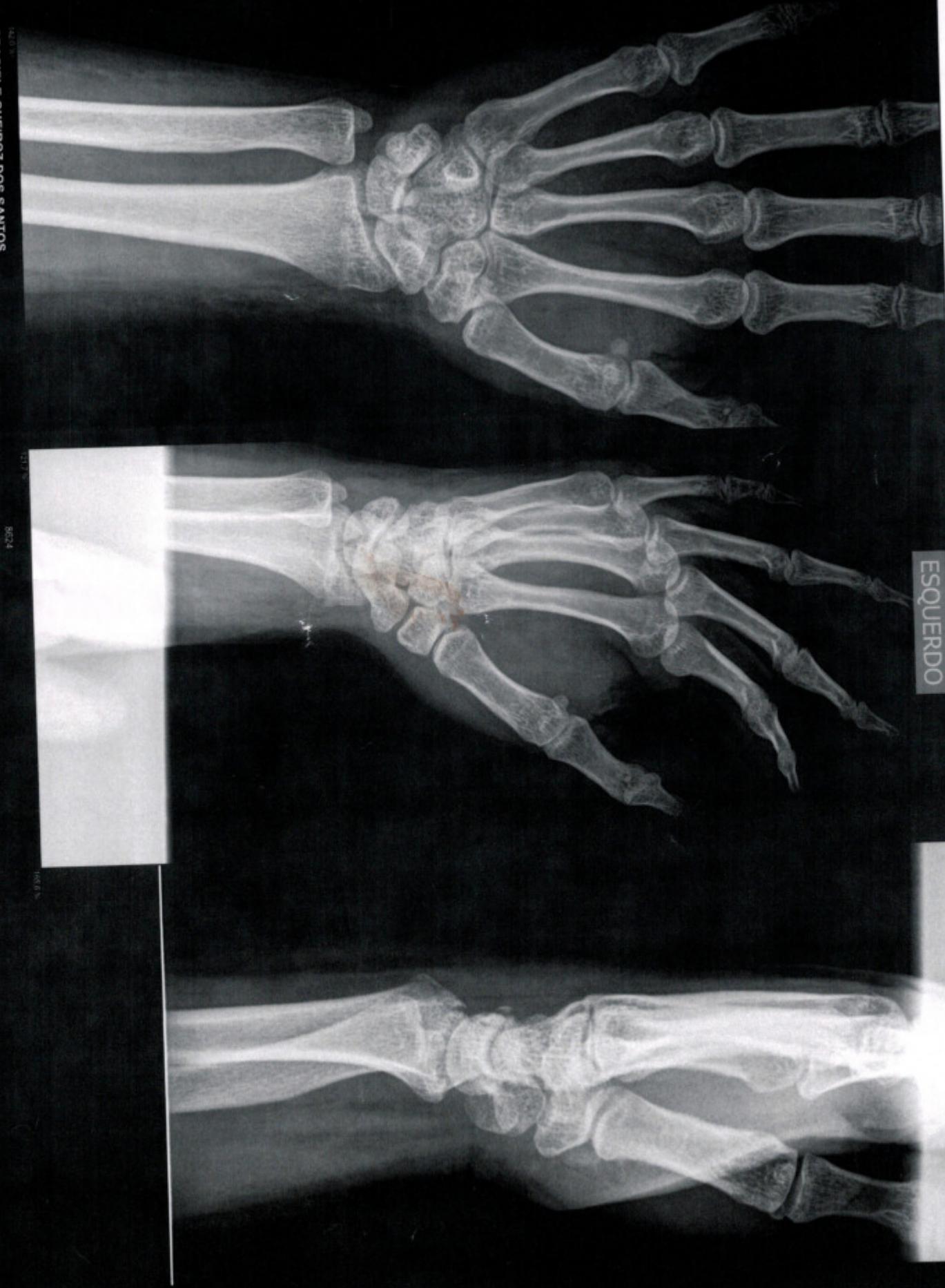
RRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Q- Consultar + exames</i>		
<i>Q- Oitavo dia em casa</i>		
<i>Q- Reavaliação e exames</i>		

Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:
---------	--

Óbito	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:
-------	---

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
---------------------------------------	--------------------------------





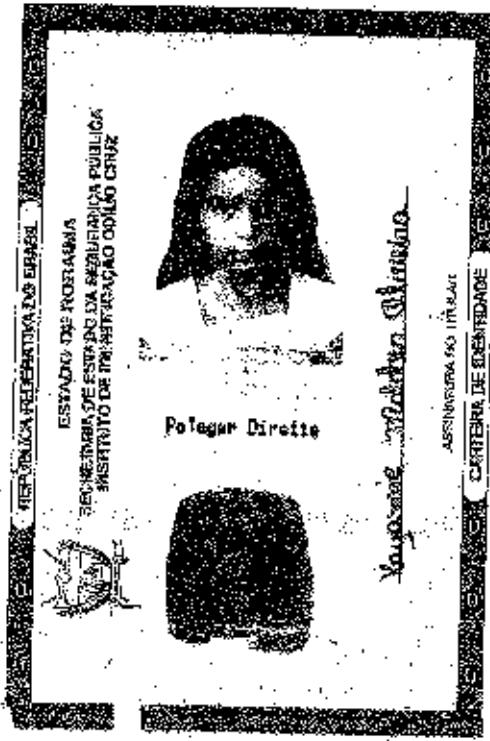
GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

0 ano(s) 24-09-1991

POLICLÍNICA COSME E SILVA

11-08-2010 21:13:21





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERO DAS CIUDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE MOTORISTA

NOME DENILCE CORRÊA DINHAS	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR 3142655 SSP-ES	
CPF 792.657.152-00 DATA NASCIMENTO 08/03/1979	
FOTO JOSE DE SOUSA CORRÊA EVANGELINA LOBATO DA SILVA	
RESERVOAR 08 9934121	
VALIDADE 29/04/2019 EXPIRAÇÃO 31/05/2019	
OBSERVAÇÕES	
<i>Denilce Corrêa Dinhas</i> DEPARTAMENTO FEDERADO LOCAL BOA VISTA - ROSSALINA DATA EMISSÃO 25/02/2014 59561646026 02207683272	
DETALHAMENTO DO RODÍZIO	

905314502

905314502

PROIBIDO PLASIFICAR

VIAGEM EM TUBO
O TERRITÓRIO NACIONAL

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 ASG:

3 - CPF da vítima:

533.376.462-04

4 - Nome completo da vítima:

Kayanne Molcher Oliveira

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

5 - Nome completo:

Kayanne Molcher Oliveira

6 - CPF:

533.376.462-04

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

rua Rio Santo Antônio Abonari

9 - Número:

519

10 - Complemento:

Ribeiravista

11 - Bairro:

São Bent

12 - Cidade:

Praia Vista

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69.315-677

15 - E-mail:

lidenbavista_perdendo@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(45) 9911-5392

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:

Wemerson Molcher Garcia

18 - CPF do Representante Legal:

833.058.122-34

19 - Profissão do Representante Legal:

Vidracario

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUJO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

Conta:

Informar o dígito se existir

Conta:

Informar o dígito se existir

 CONTA CORRENTE (Bancos Leste)

Name do BANCO:

Santander

AGÊNCIA: 3436

Conta:

01088724

2

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar 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 cônscio blitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indevidação do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/72), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 prazo legal menor do meu pedido de indenização no 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 do Segurador Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/72.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou verificação do direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Civil da vítima:

Solteiro

Casado (ho CAS)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data da morte 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 - Se tinha filhos, informar se teve filhos? Sim Não 29 - Vítima deixou nascituro (váfnascor)? Sim Não 30 - Vítima teve irmãos? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e forem intitulados corretamente com base no artigo 789 do Código Penal, e/ou na justiça, ainda, se que essa querer omitir ou declarar não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal com base na lei 7.270/85.

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:

Praia Vista - PR 20 de Dezembro de 2010

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200011584 Cidade: Cantá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS Data do acidente: 11/08/2019 Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO E TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *PÁG. 1/2 - DR. MARCUS BRUNNER PEREIRA BATISTA - CRM 1917 (RR), DE 11/08/2019.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200011584 Cidade: Cantá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS Data do acidente: 11/08/2019 Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO E TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *PÁG. 1/2 - DR. MARCUS BRUNNER PEREIRA BATISTA - CRM 1917 (RR), DE 11/08/2019.

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

