

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Wlemerson Malcher Garcia
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Vendedor RG: 3045 CPF: 933.558.122-34
ENDEREÇO: Rua: Santa Antônia de Atonar

VITIMA: Kauanne Malcher Oliveira
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 15 / 09 / 2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

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

PODERES:

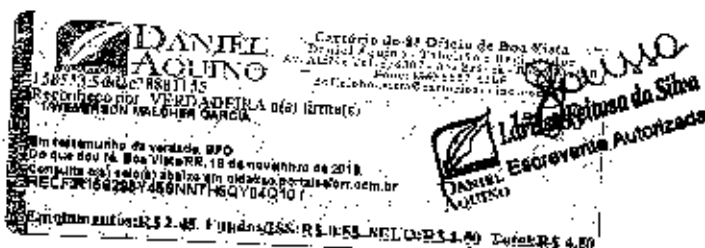
Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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.



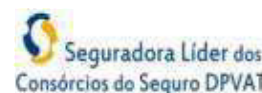
Boa Vista - RR, 16 de Novembro de 2019.

Wlemerson Malcher Garcia
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

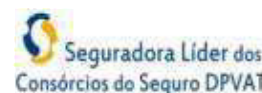
DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

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

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

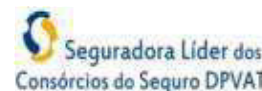
Data do cadastramento: 07/02/2020

Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

CPF: 432.858.722-68

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

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



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

Carta nº 15343839



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



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 ASL:

3 - CPF da vítima:

533.376.462-04

4 - Nome completo da vítima:

Kayanne Malcher Oliveira

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

5 - Nome completo:

Kayanne Malcher Oliveira

7 - Vítima:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Rio Santo Antonio Abenari

6 - CPF:

533.376.462-04

11 - Bairro:

São Bento

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

510

10 - Complemento:

Q. 377 Lt. 418

15 - E-mail:

idebucavista.pendencia@hotmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.315-677

16 - Tel. (DDD):

(95) 9117-5392

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 Malcher Garcia

18 - CPF do Representante Legal:

833.558.122-34

19 - Profissão do Representante Legal:

Advogado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA



R\$1.000,00 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 (serve para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3436

CONTA:

01088724

02

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

Solicito a Prolegit, em nome 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 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 nº 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CAJ)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Graude 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?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (ou neta)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 20 Dezembro 2019

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 006.776.862-85 Nome completo da vítima: Grazielle Queiroz dos Santos

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

5 - Nome completo: Grazielle Queiroz dos Santos 6 - CPF: 006.776.862-85

7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Estrela Dalva 9 - Número: 2504 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Nazaré do Sul 12 - Cidade: Nazaré do Sul 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-057

15 - E-mail: liderbanista.pendencia@bolmail.com 16 - Telefone: (95) 99114-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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: ☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 6168 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordando posteriormente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou casada) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do casamento 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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima deixou netos (ou neta(s))?: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de fato, 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 o pedido (a rogo): 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): 36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Nazaré do Sul - RR, 20 de Dezembro de 2019

Grazielle Queiroz dos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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
Origem: Polícia Judiciária Data: 18/09/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

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

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

ENVOLVIDO(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
Logradouro: Rua Estrela D'alva
Complemento: Casa
Bairro: Raiar do Sol
Telefone: (95) 99127-1177 (Celular)

Nº: 2507

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Desconhecido 1

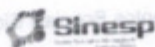
Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031245/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 006.129.742-94	Placa NAY-5922
Renavam 01038108583	Número do Motor JC41E1F104863
Número do Chassi 9C2JC4110FR104863	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor PRATA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Graciele Queiroz dos Santos	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 a 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 a colisão a comunicante foi levada para a 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 CRIMINALMETE, que esse registro é para fins de Seguro DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

18 SET. 2019

Graciele Queiroz dos Santos

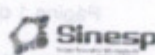
Graciele Queiroz dos Santos
(Comunicante / Vítima / Envolvido)

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matricula 42000908
Responsável pelo Atendimento

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



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



Pago somente
com o valor
desta fatura.



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ené Góes, 501 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.097.294-3

Nela Fica (Carta de Fomento Elétrico - SCSA 8-1)

Regime especial de importação - autorização pelo SEFAZ/RR nº 000003

Nº da Nota Fiscal

002631200

A Tabela Tarifária de Energia Elétrica - TEFEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de maio de 2003.

CONSUMIDOR: 3803.4504.6407.1F5L.F174.000F.F396.4/55

PERÍODO: 01/08/2019 a 31/08/2019

VALOR: 216,44

DATA: 02/08/2019

PARA: CALESTIDA KAUHER DE JESUS

S. R10 SANTO ANTONIO ADOREI S/N Q 37 LT 418

CPF: 000.173.490.7715

CEP: 69.319-077 BOA VISTA

AN: 8.001.16.04.270500

TIPO DE FATURAMENTO: RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO: 02/08/2019

ALÍQUOTA: 18/09/2019

ANEXO: 21/08/2019

CONSUMO: 12/10/2019

CONSUMO: 17/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

CONSUMO: 13/09/2019

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

836700000083.031500750000.000000001024.074911190051



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, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=14&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 conhecer o caráter das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse caráter 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, contada, por determinação da referida Circular, esse recusa é passível 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 RESSEGURO. 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wemerson Malcher Garcia
inscrito (a) no CPF/CNPJ 833.558.122 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Wemerson Malcher Garcia inscrito (a) no CPF sob o nº 833.558.122 / 34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade 3 da Vítima Karyanne Malcher Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o nº 333.376.462 / 04 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: <u>Civ. General Ataíde Teive</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>liolobranista.pendencia@hot mail.com</u>	CEP: <u>69.309.000</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</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

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901147156

11/08/2019 22:26:50

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 27

Paciente **GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS** Data Nascimento **24/09/1991** Idade **27 A 10 M 17 D** CNS **707403075348870** CPF **00677686285** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 3-77541 SSP-RR 05/06/2006 F PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe **GRACIANA QUEIROZ EDUARDO** Pai **MANOEL BARBOSA DOS SANTOS** Contato **(95) 99127-1177**
Endereço **RUA - ESTRELA D'ALVA - 2477 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento **OUTROS** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **TRANSPORTADO POR TER** Procedimento Sol. Registrado por: **ALEXSANDRO PEREIRA**
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MIRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente encaminhada pela Policlínica Comore e Solva
relata dor em punho esquerdo

Exame Físico

Ⓐ Vias aéreas patentes Ⓑ Eupneico em AB Ⓒ Pulsos cheios e regulares Ⓓ ECG 15 Ⓔ Edema punho eq. Exorciação diversas

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAI0-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Ⓐ Ipirona 2g (EV)
IV antiobioticos

Conduta

☐ Alta por Desfecho
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelar
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

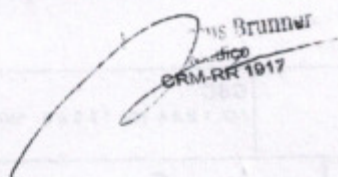
Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 11/08/2019 22:29:52



1901147156

Outros

Posição de meus
em p... + INZ (E)
It of the ...
in ... + ...
a ... + ...


Dr. Bruno
CRM-RR 1917





1900604681

11/08/2019 20:38:21

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

Paciente: GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS
Data Nascimento: 24/09/1991
Idade: 27 A 10 M 17 D
CNS: 707403075348870
CPF: 00677686285
Tipo Doc: Documento
Órgão Emissor: SSP-RR
Data Emissão: 05/06/2006
Sexo: F
Estado Civil: PARDA
Raça/Cor: BOA VISTA - RR
Naturalidade: BRASILEIRA
Mãe: GRACIANA QUEIROZ EDUARDO
Pai: MANOEL BARBOSA DOS SANTOS
Contato: (95) 99159-1183
Endereço: RUA - PACU - 516 - PISCICULTURA - BOA VISTA - RR
Ocupação:

Class. de Risco: VERDE
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Nº da Carteira:
Validado:
Autorização:
Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend.:
Procedência:
Temp.:
Poso:
Pressão: 120 x 80
Setor: RECEPÇÃO SPA / URG / E
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA
Procedimento Sol.:
Registrado por: LEDA MARIA

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

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 21:40 h)
• HAS () SIM (X) NÃO
• DM () SIM (X) NÃO
• ALERGIA () SIM (X) NÃO
• GRAVIDEZ () SIM (X) NÃO

Exame Físico: BEG, corado, hidratado, febril, acianótico, anictérico, pncico ativo, reativo.
CONFERE COM ORIGINAL
Em 03/09/19
Ass.: Riquena

Hipótese Diagnóstica: Gynome 110

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

RESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 - Orientação + exames		
2 - Orientação de 12h		
3 - Reavaliar e exames		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Reavaliação ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta:

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

20:38h - RA sustenida
Manutinha
Sustenida
Cet: 1.5
4.0
10.0
15.0
20.0
25.0
30.0
35.0
40.0
45.0
50.0
55.0
60.0
65.0
70.0
75.0
80.0
85.0
90.0
95.0
100.0



ESQUERDO



14.0.18

GRACIELE QUEIROZ DOS SANTOS

0 ano(s) 24-09-1991

11.08.2019 21:13:21

8624

14.0.18



VIAGEM EM TONCO
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

VIAGEM PLASTIFICAR

905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITANTES

NOME
DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / RG - EMISSOR
3142855 SSP RJ

CPF
792.457.352-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

PAI
JOSE DE SOUSA CORREA
MÃE
EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

ENDEREÇO
RUA...
CIDADE
RJ

Nº RESERVA
085534127

VALIDADE
29/06/2009

P. RESERVAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas

INFORMAÇÃO DO EMISSOR

LOCAL
BOA VISTA - ROBALINA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59364646026
38207683212

DETRAN - RJ (RJALMA)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

533.376.462-04

4 - Nome completo da vítima:

Kayanne Malcher Oliveira

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

5 - Nome completo:

Kayanne Malcher Oliveira

7 - Vítima:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Rio Santo Antonio Abenari

6 - CPF:

533.376.462-04

11 - Bairro:

São Bento

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

510

10 - Complemento:

Q. 377 Lt. 418

15 - E-mail:

idebucavista.pendencia@hotmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.315-677

16 - Tel. (DDD):

(95) 9117-5392

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 Malcher Garcia

18 - CPF do Representante Legal:

833.558.122-34

19 - Profissão do Representante Legal:

Medicador

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 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 (conferir para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (fale para o banco)

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3436

CONTA:

01088724

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a Prolegit, em nome 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 automáticas, conforme o disposto na Lei nº 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CAI)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

25 - Graude 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?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vários)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 20 Dezembro 2019

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Valoração 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

Valoração 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

