
Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125905

Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200125905 Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

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



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027442-1

Autenticação:

2D0BEB52F705C9E3FFB0B321C3C62CEF250849120A6D6A84D60851B832BFBB93

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099484/20

Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

CPF: 690.392.752-20

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA : 690.392.752-20

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: 20/03/2020
Nome: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA
CPF: 690.392.752-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: WILLIAN KERMES COSTA SOUZA Data Nascimento: 05/04/1982 Data: 37 C/S
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
Mãe Marikene Costa Souza Pai Contatos
Endereço RUA SILO N: 91 SILVIO BOTELHO

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor URGÊNCIA Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente automobilístico motor x bicicleta sem nenhuma lesão

Exame Físico
ao exame físico, apresentando hematomas e edema de membros superiores e inferiores.

Hipótese Diagnóstica
não há. Hemiparesia esquerda, paralisia dos membros superiores e inferiores.

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
(1) Dexametasona 4mg (2) T. Clotil 40mg (3) S6 500mg
Dr. Paulo Viegas
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta à Revella ☐ Internação
☐ Transferência para: Ambulatório 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



07/12/19

Ortopedia

Paciente vítima de acidente de trânsito, com trauma contuso em Joelho (E)

Rx: sem Fx / Lx

for evidenciada imagem de fratura irregular na solha TC.

TC: Imagem sugere de calcificação de LCM.

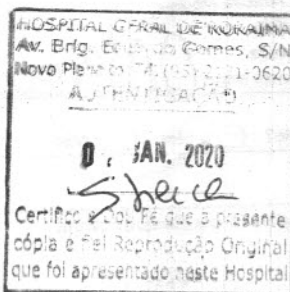
cdi

Imobilizar

Analgesia

retorno Ambulatório

Dr. Pedro de S. Augusto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028



Not intended for official interpretation.

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NX/RAIO/Usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%

M
JOELHO
12/7/2019
9:00 PM



SD mm

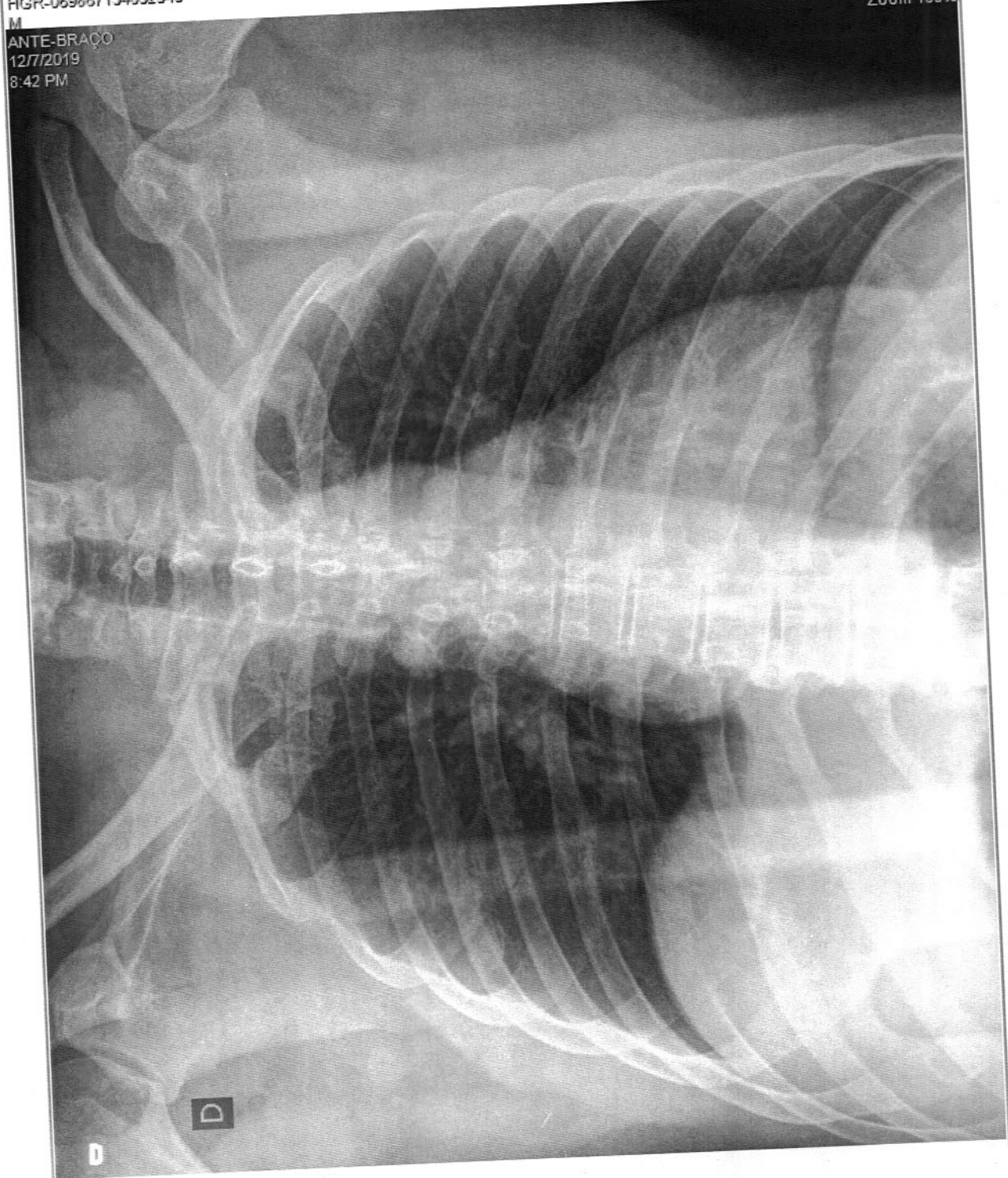
L 128
W 256

Not intended for official interpretation.

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NXRAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%

M
ANTE-BRACO
12/7/2019
8:42 PM



SID mm

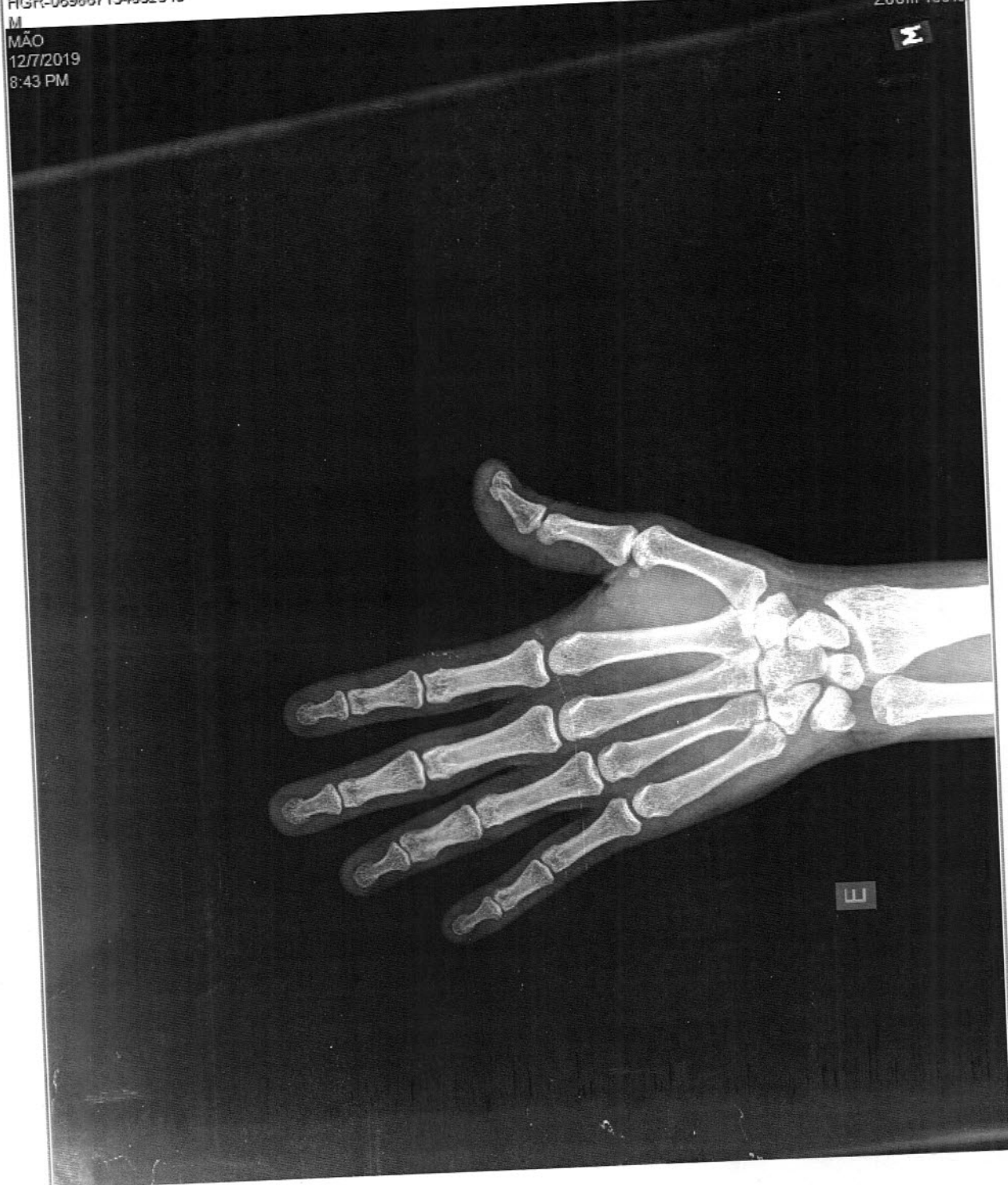
L 128
W 256

Not intended for official interpretation.

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NXRAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%

M
MÃO
12/7/2019
8:43 PM



SD 0 mm

L 128
W 256

Not intended for official interpretation.

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA

HGR-069867134032343

M

AP

12/7/2019

8:42 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NXRAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%



SD mm

L 128
W 256

Not intended for official interpretation.

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NXRAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%

M
AP
12/7/2019
9:05 PM



0
SID mm

L 128
W 256

Not intended for official interpretation.

WYLLAM KERMES COSTA SOUSA
HGR-069867134032343

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NXPAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%

M
MÃO
12/7/2019
8:48 PM

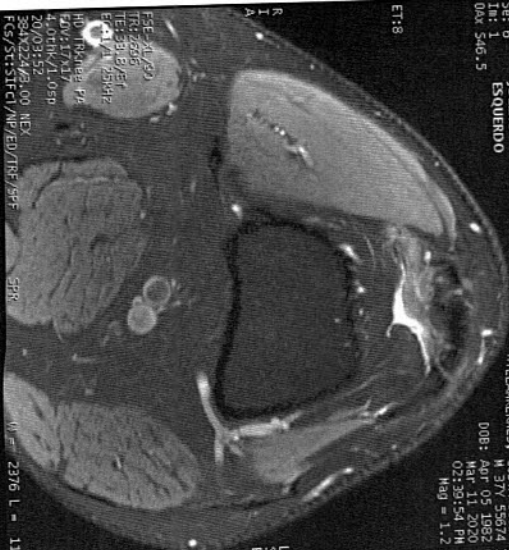


SID mm

L 128
W 256

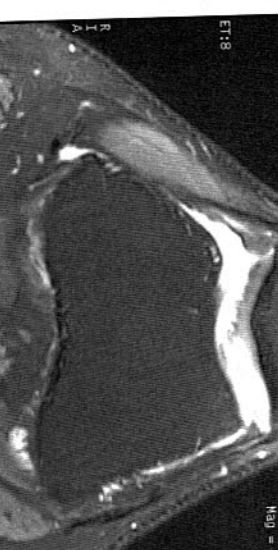
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
I1: 1
DAX 546.5

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 541.6
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



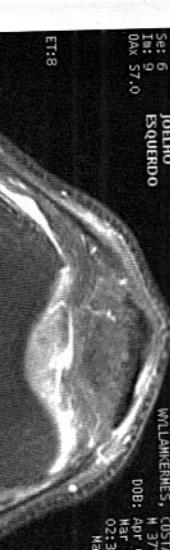
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 526.8

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 521.8
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



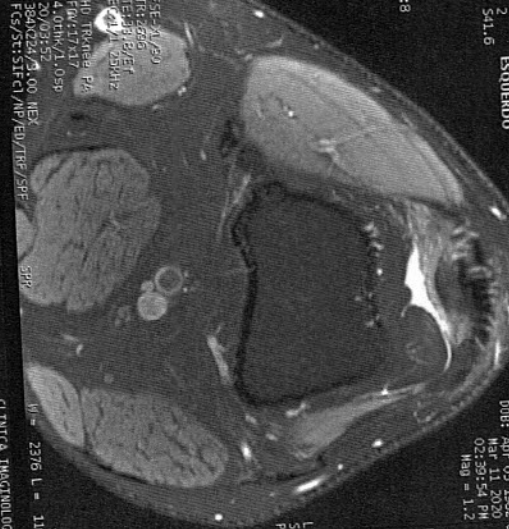
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 57.0

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 55.1
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



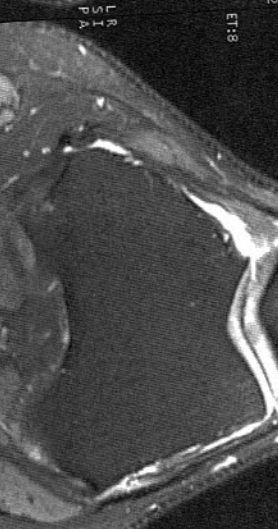
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
I1: 2
DAX 546.5

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 536.6
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



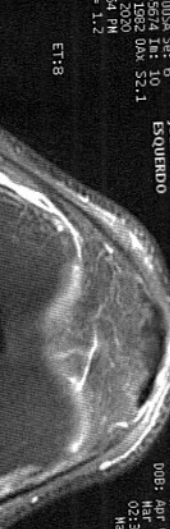
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 526.8

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 516.9
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



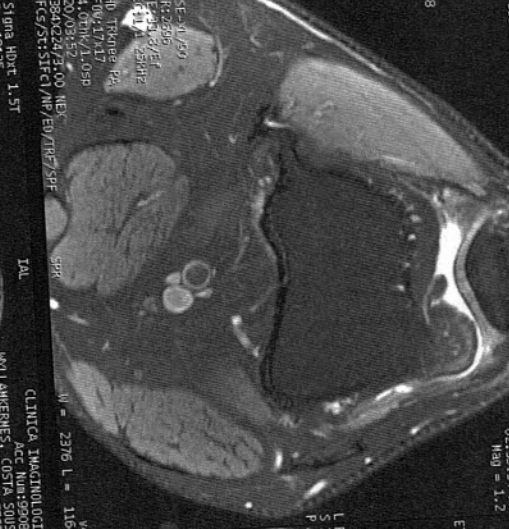
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 57.0

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 12.8
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



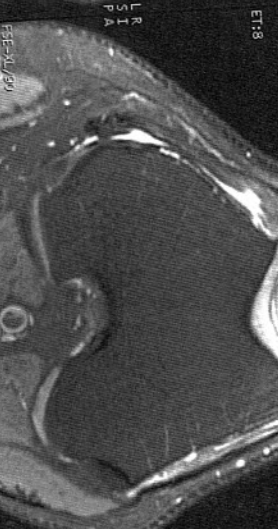
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
I1: 4
DAX 546.5

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 531.7
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



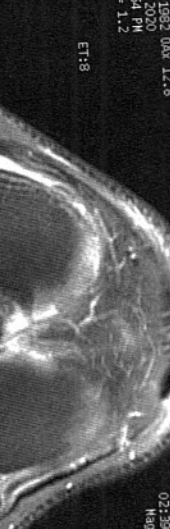
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 526.8

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 512.0
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



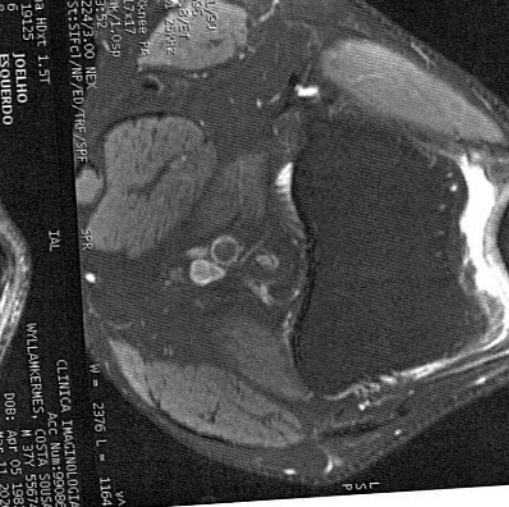
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 57.0

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 17.8
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



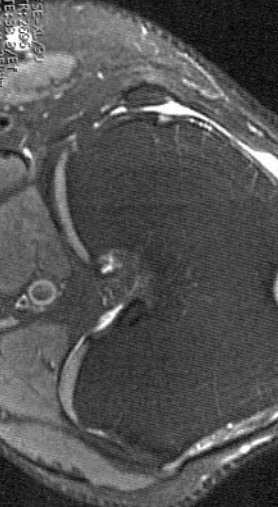
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
I1: 2
DAX 546.5

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 531.7
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2



Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 526.8

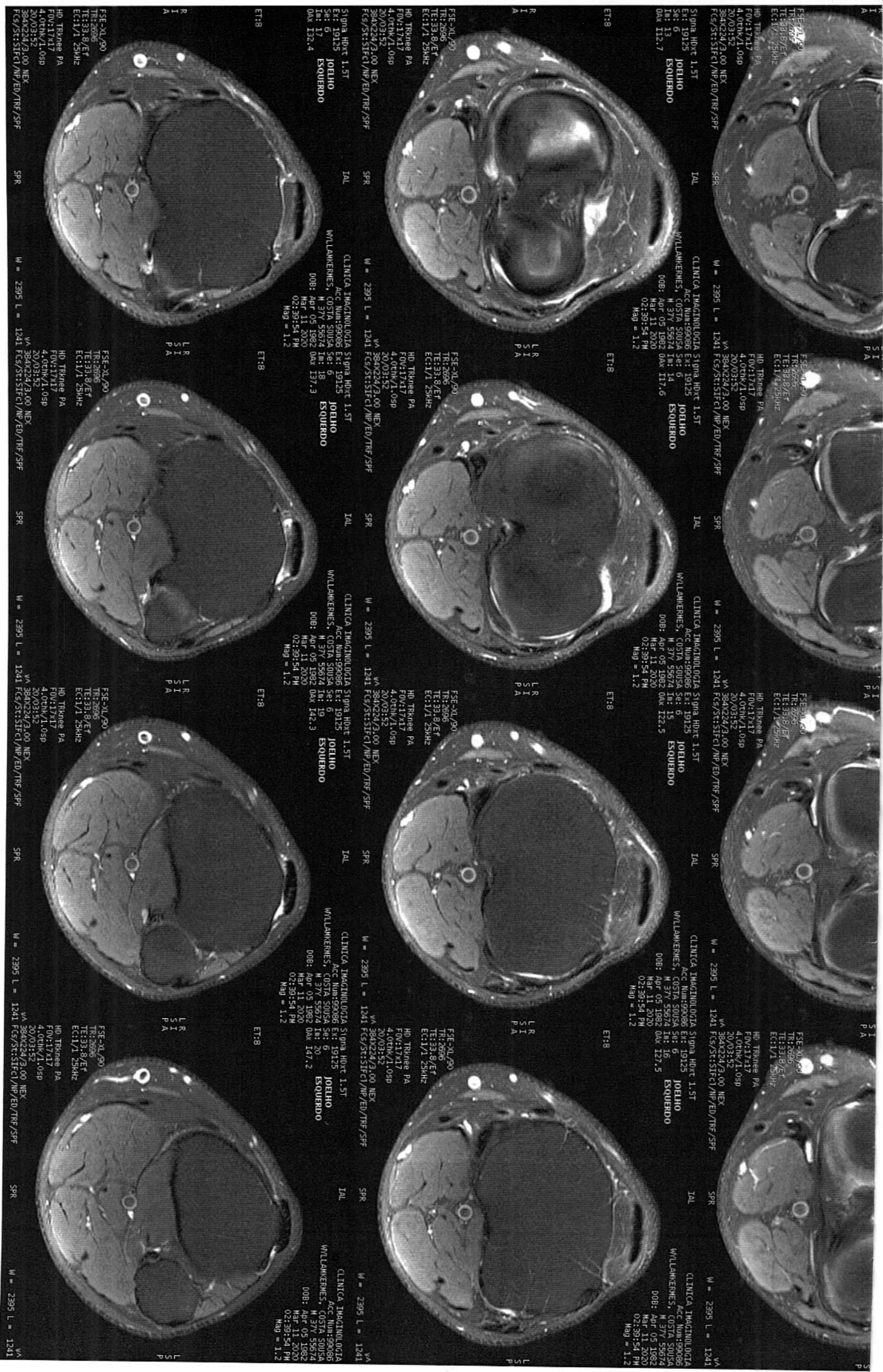
CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 512.0
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2

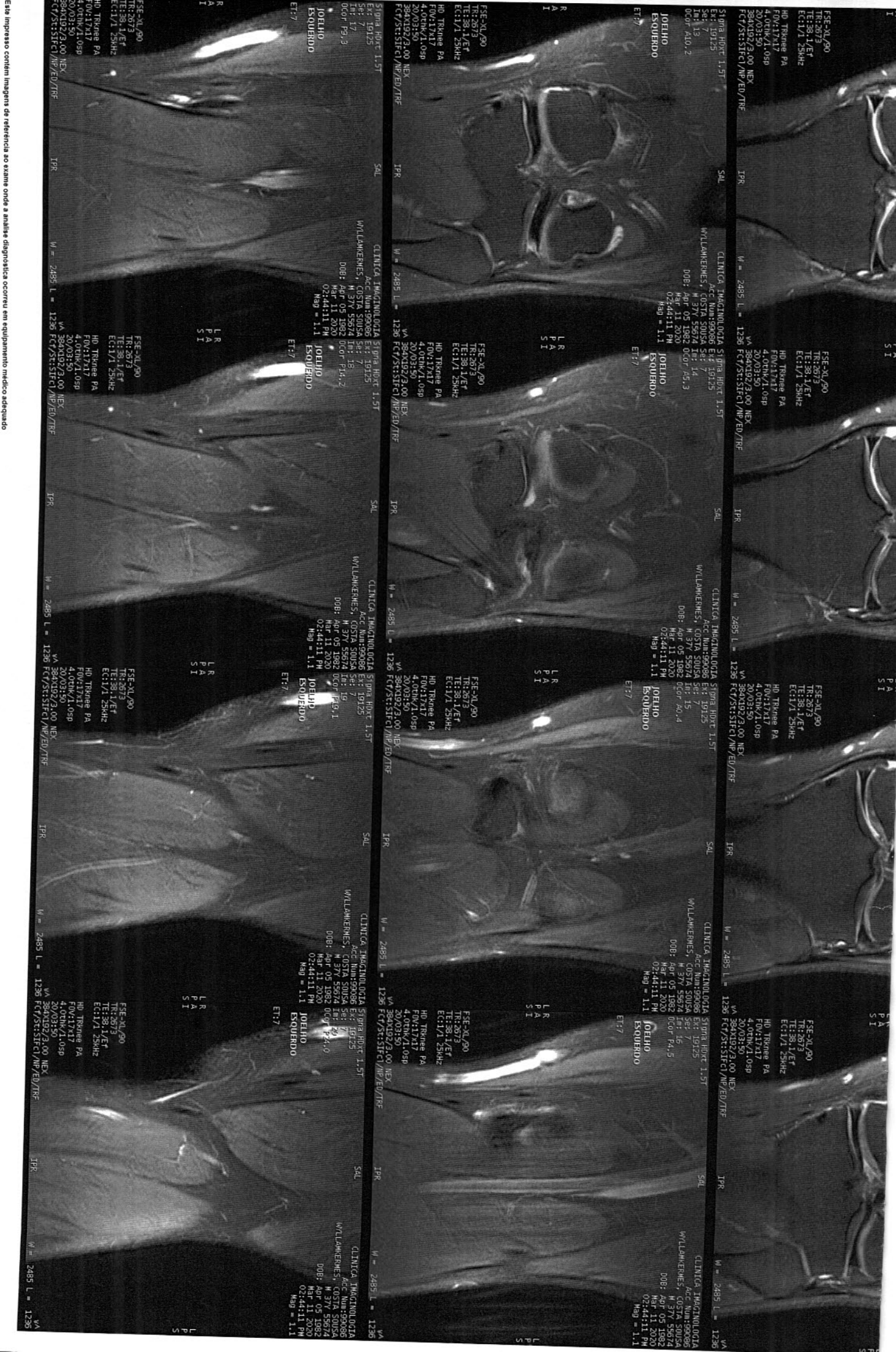


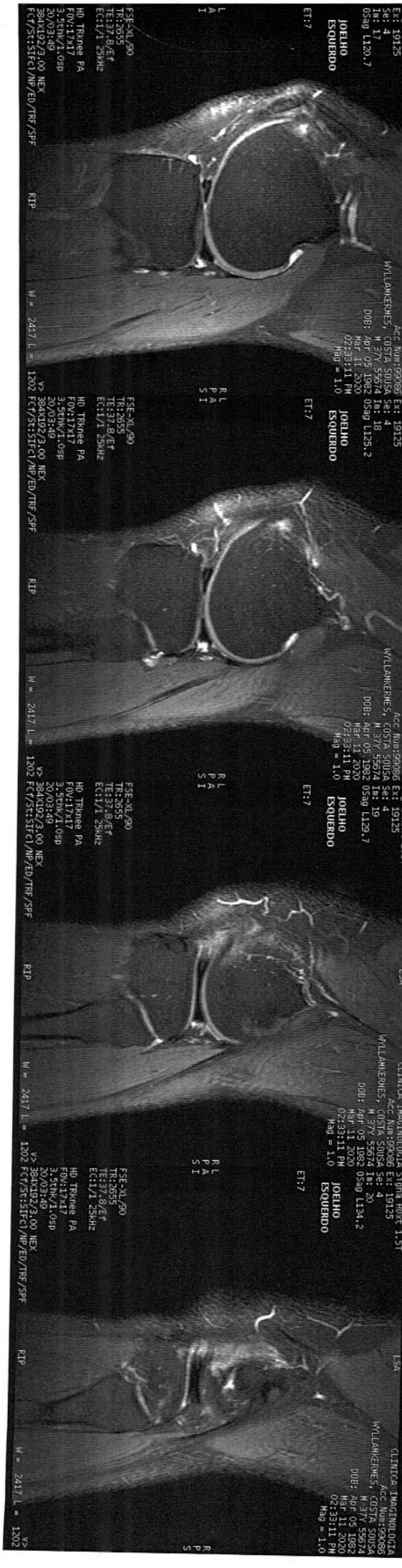
Sigma H08T 1.5T
EX: 19125 JOELHO
S8: 6 EQUERDO
DAX 57.0

CLINICA IMAGINOLOGIA Sigma H08T 1.5T
ACC Num: 99068 EX: 19125 JOELHO
WILLAMERES, COSTA SOUSA S8: 6
DOB: Apr 05 1982 OAX 17.8
Mar 11 2020
02:39:54 PM
Mag = 1.2









Nome: **WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

Data: 11/03/2020 Idade: 37A Procedência: **ELETIVO**

Cód. Pac.: 55674

Médico Solicitante: **JONATHAS C. LOPES**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Protocolo:

Exame realizado com Ressonância Magnética, utilizando diferentes técnicas e planos, sem a utilização de contraste endovenoso.

Indicação clínica:

- *Lesão ligamentar.*

Relatório:

- Artropatia degenerativa leve femorotibial medial, caracterizada por reação osteofitária marginal, alteração de sinal heterogênea difusa condral, associada a irregularidade no contorno (superfície de carga).
- Tênu alteração de sinal na cartilagem de revestimento patelar, com fissuras superficiais na faceta medial, sem extensão profunda ou mesmo envolvimento ósseo.
- Fissuras na faceta medial condral da tróclea, atingindo a camada profunda.
- Fissura radial no corpo do menisco lateral, atingindo a margem livre.
- Alteração de sinal intrassubstancial no corno posterior do menisco medial, de aspecto degenerativo.
- Indefinição do ligamento cruzado posterior, sugestivo de rotura. Associa-se espessamento de forma compensatório do ligamento meniscofemoral adjacente.
- Ligamento cruzado anterior com orientação, intensidade de sinal e inserção preservada.
- Alteração de sinal e espessamento proximal do ligamento colateral lateral, de aspecto fibrocicatricial.
- Alteração de sinal e desinserção proximal do ligamento colateral medial, podendo estar relacionado a uma lesão parcial extensa. Não há evidências de retração ou mesmo redundância do ligamento correspondente.
- Pequeno derrame articular.
- Discreta entesopatia e tendinopatia insercional quadricipital.
- Alteração de sinal intrassubstancial na porção proximal e interno do tendão do tendão patelar, relacionado a tendinopatia.
- Restante dos tendões com espessura e intensidade de sinal preservados.
- Cisto poplíteo laminar.
- Estruturas musculares íntegras.

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico
CRM/RR 1232
Dr. Leomar Hitotuzi
Membro titular do CBR

/ CRM:1232 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125905 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA **Data do acidente:** 07/12/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2/15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099484/20

Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

CPF: 690.392.752-20

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA : 690.392.752-20

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: 20/03/2020
Nome: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA
CPF: 690.392.752-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099484/20

Número do Sinistro: 3200125905

Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

CPF: 690.392.752-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2019

Titular do CPF: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA : 690.392.752-20

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: 31/03/2020
Nome: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA
CPF: 690.392.752-20

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1647634396

NOME WILLAMKERES COSTA SOUSA		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 162724 SSP RR		
CPE 690.392.752-20	DATA NASCIMENTO 05/04/1982	
FILIAÇÃO ANTONIO SOARES DE SOUSA MARILENE COSTA SOUSA		
PERMISSÃO AB	ACC AB	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 01514307624	VALIDADEZ 11/11/2020	Nº HABILITAÇÃO 18/10/2000

OBSERVAÇÕES

Willamkeres Costa Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA, RR	DATA DE EMISSÃO 03/04/2018
ANTONIO FRANCISCO BEBERRA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE INTERINO DETRAN-RR ASSINATURA DO EMISSOR	
30262176545 RR209612584	

RORAIMA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1647634396



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0121008-4

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto Autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4200069

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	01/01/2020	150	175,89

WELLEY HERMESON COSTA SOUZA
R. UNIVERSIDADE EST DE RORAIMA 1258 - Q 160 LT 152
CEP: 69.317-805 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 25592	Atual: 11/12/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 25442	Anterior: 11/11/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 01/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 10/12/2019	Número Medidor: E2608418
Consumo medido: 150	Apresentação: 11/12/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 150		Modalidade: 0 1420173

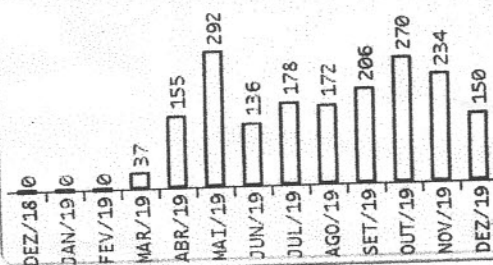
DESCRIÇÃO DA CORTA	
CONSUMO	150 A R\$ 0,760131 = 114,01
RELIÇÃO	11,11
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X)	0,09
CORREÇÃO MONETARIA IG 08/19-00	0,48
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)	4,55
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)	1,48
MULTA POR ATRASO (3X)	9,96
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)	8,98
ILUMINACAO PUBLICA	25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 150 - 0,617770

Média 12 meses: 185

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano Valor R\$
11/2019 207,07

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 62,00	Tributos: 3,51	ICMS: 17,00%	19,38
Transmissão: 27,16		PIS: 0,30%	0,34
		COFINS: 1,42%	1,62

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIO			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto DISTRITO								EUSD: 88,58

ROT: 32.001.24.19.164600



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

SEU CÓDIGO

0121008-4

TOTAL A PAGAR - R\$

175,89

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

01/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4200069

FCAM*

83610000001 4 75890075000 4 00000000121 4 00841219008 7



SEQ.: 0174 UC: 0121008-4 DT.LEIT.: 11/12/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 25592 NORMAL TOTAL: 175,89 CARGA: I01
DT.VENC.: 01/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4022

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

690.392.752-20 William Kermes Costa Sousa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 22703 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Tec. Douglas + Cond. Jadirson

Paciente: William Quermeson Costa Idade: 37 Sexo: ☒ M ☐ F
Nacionalidade: Brasil Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: Av. Padre Archinto Prax. Mangueira
Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: 21232 DATA 07/12/19 ACIONAMENTO: 19:23
Médico (a) Regulador (a): Dr. Erico HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10): 19:40
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Altopelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão ☐ Molarista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag ☒ Acidente com moto X <u>bike</u> ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anim ☐ Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Apneia ☐ Bradpnéia ☐ Dispneia ☒ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Ferida Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☒ Taquicardia	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocaria ☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início <u>19:45</u>	<u>110/70</u>		<u>82</u>	<u>98%</u>	<u>°C</u>			
Fim					<u>°C</u>			

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐	☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	Membros ☒ Contusão <u>M5D</u> ☒ Escoriações <u>M3D Enq</u> ☐ Lacerações ☒ Luxações <u>M1D</u> ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento ☐ Avulsão			

AValiação CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA-PEGRESSA

GRAVIDADE COMPROVADA	ILESO	PEQUENA	MÉDIA	ÓBITO	INDERMINADA
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC	Medicações em uso

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDERMINADA

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote ☐ Bombeiro no local

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN ☐ Bombeiro
☐ PRF ☐ DETRAN

☐ Iniciada as: : ☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado
☐ Término as: : ☐ RCP sem sucesso OBS:

☐ Atendido no local ☒ Grande Trauma - GT ☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Pronto Atendimento - PAAR ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ HMINSN ☐ Outros

Márcia Veras Lopes
COORDENADORA GERAL
Central de Regulação de Urgências
SAMU 192

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

Dr. Paulo Viegas
Cirurgião Geral
CRM-RR 1795

CONFERE COM O ORIGINAL

CIENPAENRTE
CE
DO
NT
E

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

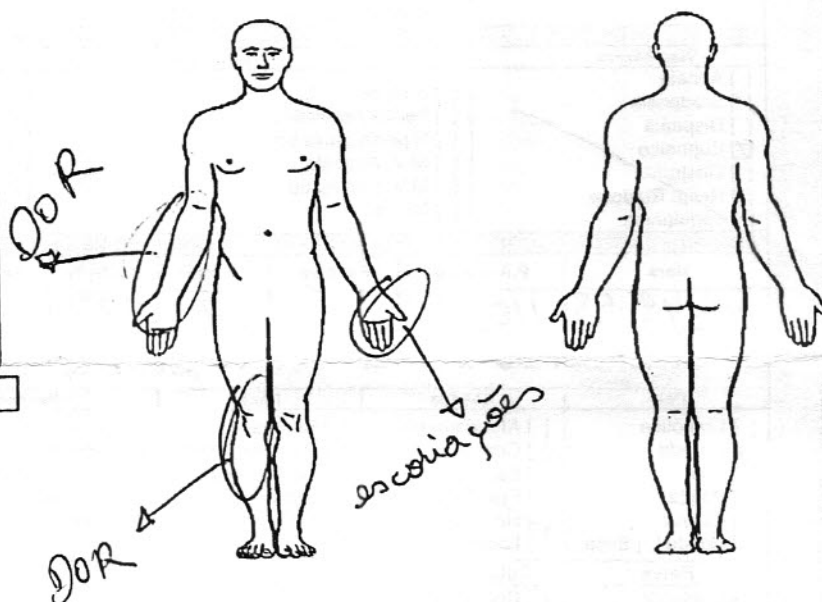
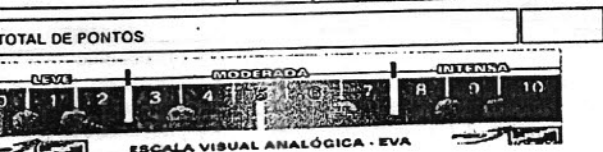
da de líquido: _____ BCF: _____

Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

Pares de luvas — 04

Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pac. acordado, consciente e orientado, refere dor em MMIF e MMS. Já encontrado fora do local do acidente e sentado em uma cadeira. Transportado ao GT.

Marcia
Márcia Veras Lopes
COORDENADORA GERAL
Central de Regulação de Urgências
SAMU 192

CONFERE COM O ORIGINAL



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002195/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2020 11:56

Data/Hora Fim: 15/01/2020 12:13

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/12/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Primavera

Logradouro: AV. PADRE ANCHIETA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 05/04/1982

Idade: 37 anos

Naturalidade: MA - São Domingos Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARILENE COSTA SOUSA

Nome do Pai: ANTONIO SOARES DE SOUSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 690.392.752-20

RG - Carteira de Identidade: 162724

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA

Nº: 1258

Complemento: CASA

Bairro: UNIVERSITÁRIO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 870.375.562-20

Placa NAO4007

Renavam 00337941297

Número do Motor KC16E8B521844

Número do Chassi 9C2KC1680BR521844

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 28/07/2011

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 15/01/2020 12:13
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002195/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
WYLLAMKERMES COSTA SOUSA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DECRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA AV. PADRE ANCHIETA SENTIDO AVENIDA ATEIDE TEIVE > CIDADE SATÉLITE, QUANDO NO DECURSO DO TRAJETO UM CICLISTA DE NACIONALIDADE VENEZUELANA CRUZOU A SUA FRENTE, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR NO MESMO. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O DEDO POLEGAR DA MÃO ESQUERDA E ROMPIMENTO DO LIGAMENTO DO JOELHO ESQUERDO. QUE NÃO SABE INFORMAR O NOME DO CICLISTA E TÃO POUCO O PARADEIRO DO MESMO. QUE NÃO DESEJA FAZER QUALQUER TIPO DE REPRESENTAÇÃO. QUE O REGISTRO É TÃO SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042900169

Responsável pelo Atendimento

WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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: 690.392.752-20 4 - Nome completo da vítima: William Kermes Costa Souza

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

5 - Nome completo: William Kermes Costa Souza 6 - CPF: 690.392.752-20
7 - Profissão: repórter 8 - Endereço: Rua Universidade Estadual 1258
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: loteamento uniteral Boa Vista 12 - Cidade: RR 13 - Estado: 14 - CEP: 69.317-805
15 - E-mail: (95) 99134-2155 16 - 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:

☒ RECUSO 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)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 8526 CONTA: 27442-1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 31 de Março 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - 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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 690.392.752-20 4 - Nome completo da vítima: William Kermes Costa Sousa

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

5 - Nome completo: William Kermes Costa Sousa 6 - CPF: 690.392.752-20
7 - Profissão: repórter 8 - Endereço: Rua Universidade Estadual 1258 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Loteamento universitário 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317.805
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9599134 - 2155

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 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/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 22703 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 23/01/2020

* William Kermes Costa Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125905

Vítima: WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WYLLAMKERMES COSTA SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **WYLLAMKERMES COSTA SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000008526**

Conta: **0000027442-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

