

---

**Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200163398**

**Vítima: JESICA SILVA MARTINS**

**Data do Acidente: 26/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JESICA SILVA MARTINS**

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200163398

Vítima: JESICA SILVA MARTINS

Data do Acidente: 26/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JESICA SILVA MARTINS

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JESICA SILVA MARTINS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000000001434-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: 4 - Nome completo da vítima:

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905 03 CONTA: 00001434 6

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 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

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 herdeiros (ou herdeiras)? ☐ 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 preenchido

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: Ba. Vista RR 15 de Abril de 2020

x Jéssica Silva Martins  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013743/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/04/2020 12:09 Data/Hora Fim: 17/04/2020 13:17  
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 16/11/2019 07:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: São Bento  
Logradouro: Rua Capitão Clóvis da Costa, com a rua CURIÓ

Nº: 1433  
CEP: 69.315-218

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
43: OMISSÃO DE SOCORRO (ART. 135 CAPUT DO CPB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESICA SILVA MARTINS (VÍTIMA )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 28/06/1991	Idade: 28 anos
Naturalidade: PA - Itaituba	Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais	Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Divina Almeida Silva		Nome do Pai: Abdias Cruz Martins	
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 909.841.292-00  
RG - Carteira de Identidade: 6288036

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: rua milton maduro Nº: 1071  
Complemento: casa  
Bairro: Alvorada

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:
<u>Endereço</u>	
Município: Boa Vista - RR	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 842.599.222-20	Placa: NAN6653
Renavam: 00305718088	Número do Motor: KC16E8B502786
Número do Chassi: 9C2KC1680BR502786	Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011



Delegado de Polícia Civil: Simone Arruda do Carmo  
Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz  
Data de Impressão: 17/04/2020 13:17  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

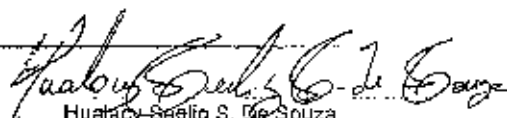
Nº: 013743/2020

Cor VERMELHA	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 Meio Empregado
Última Atualização Denatran 23/03/2011	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jessica Silva Martins	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição carro palio da cor verde	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido	Proprietário

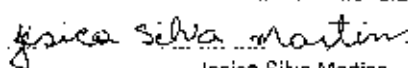
RELATO/HISTÓRICO

Que a comunicante compareceu nesta UP, acompanhada a instruída pelo seu PROCURADOR, de nome, WILLIAM GONÇALVES FRANCO, inscrito sob o RG nº 239717 e SSP/RR, CPF nº: 825.396.343-20, nome da mãe: MARIA DO ROSARIO GONÇALVES FRANCO; QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia (ad-hoc), chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116884, responsável por este B.O, orientei que ambos poderiam responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro; QUE em seguida a comunicante relata o seguinte fato: QUE no dia 26 de novembro de 2019, por volta das 7:40 da manhã a comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 150 FAN ESDI, de cor VERMELHA, de placa nº NAN-6653; QUE neste momento trafegava na Av. Capitão Clóvis da Costa no bairro São Berto/RR/BV indo em direção ao seu trabalho, quando de surpresa no cruzamento da rua curió, um veículo automotor, modelo PALIO, cor VERDE, invadiu a avenida que a comunicante trafegava, momento esse que a comunicante colidiu na lateral do carro; QUE a comunicante foi arremessada por cima por veículo, que devido a gravidade do acidente perdeu a lucidez um momento, que no momento do fato, a comunicante foi socorrida por transeuntes que estavam presentes no local, que de imediato a colisão o autor do acidente evadiu-se do local do acidente sem prestar socorro ou assistência a comunicante; QUE a comunicante teve fraturas graves em sua perna direita, como consta em laudo medico em anexo a este B.O; QUE a comunicante não tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduzia o veículo acima citado.

ASSINATURAS

  
Hualacy Seelig S. de Souza

Escrivão de polícia "ad-hoc"  
Chefe de Seção de Polícia Civil do Estado de Roraima  
Matrícula 020116884  
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

  
Jessica Silva Martins

Jessica Silva Martins  
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) (sou) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que apresentei resposta oral e verbalmente 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: 4 - Nome completo da vítima:

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905 03 CONTA: 00001434 6

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 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

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 herdeiros (ou herdeiras)? ☐ 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 preenchido

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: Ba. Vista RR 15 de Abril de 2020

x Jéssica Silva Martins  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESICA SILVA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000001434-6

---

Nr. da Autenticação 4A5B41432DC04B5B



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garrastizosa - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.412/0001-44 (Insc. Estadual: 47.005.022-9)  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ/RR/13

Parâmetros para  
a Roraima Energia  
Informações Adicionais

0034384-6

Nº da Nota Fiscal 4441441

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 125 de 26 de abril de 2003 (LAI)

JANEIRO/2020

06/02/2020

297

268,14

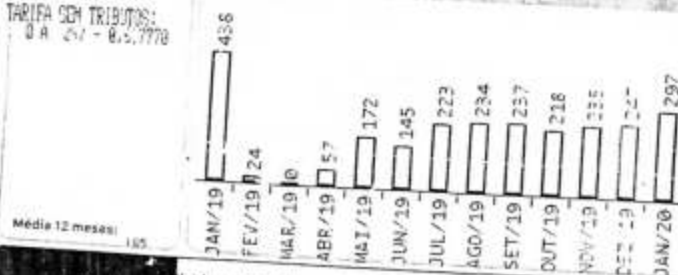
MARIA SONIA MOREIRA DA COSTA  
R. MILTON MADURO 1071 - ALVORADA  
CEP: 69.317-230 - BOA VISTA

CPF: 00010342710249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 30001	Atual: 04.01.2020	Grupo/Subgrupo: 11.1.1
Anterior: 29954	Anterior: 13.12.2019	Classe/Subclasse: F20 - F18 FAL
Dia de consumo: 04	Próxima leitura: 02.02.20	Ligação: 001-11-11
Constante de Multiplicação: 1000	Emissão: 17.01.2020	Número Medidor: 148112
Consumo medido: 297	Apresentação: 01.2020	Forma de Faturamento: 11.1.1
Consumo Faturado: 297		Modelo: 11.1.1

CONSUMO	297 A R\$ 0,760481 =	225,45
CORRECAO MONETARIA DA	11/19-00	0,17
CORRECAO MONETARIA IG	11/19-00	0,16
MULTA POR ATRASO DE I	11/19-00	2,62
JUROS DE MORA POR ATR	11/19-00	0,67
MULTA POR ATRASO 11/19-00		3,62
JUROS DE MORA DE IMPO	11/19-00	1,99
ILUMINACAO PUBLICA		33,45

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 24 - R\$ 1,7770





**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04.02.2020. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor do consumidor, o valor é de:

Mes Ano Valor R\$  
12/2019 230,16

LIGUE 08007011120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15.11.15 21.16

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA DESPESA - R\$		IMPONTO/CONTINUIDADE - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Transmissão: 53,72	Tributos: 42,47	ICMS:	17,50 9,19
Outro: 0,00		PIS:	0,00 0,00
		COFINS:	0,00 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Mensal	Trimestral	Anual	RIC
Limite 9,24	18,49	36,99	8,46 16,92 33,84
Atualizado 0,58			4,99
Conjunta FLORESTA			1,00 0,58
Período de apuração: 11/2019 EUSD: 72,99			



**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: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**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**

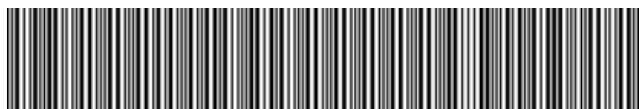
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jesica Silva Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 909.841.292 / 00  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da vítima Jesica Silva Martins  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 909.841.292 / 00, 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>Rua CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barra Moura</u>	Cidade: <u>Barra Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CPF: <u>69.918.085</u>	Tel.(DDD): <u>9113-3855</u>

Local e Data: Barra Vista RR 13 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

#Ortopedia - Dr. Vudro

Paciente vítima de acidente de moto oprimido fusos e costelas.  
em péssima (D). LX evidenciando A deformação de Tórax/Ístmo  
(D) com alinhamento favorável ao tratamento conservador.

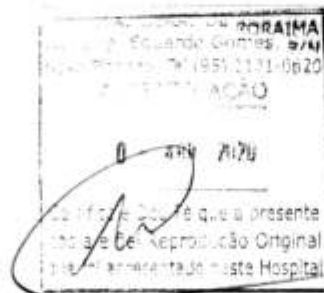
CD: Gesso inguino-podálico.

Sintomático.

Lo HCM.

Alta.

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2007





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

1901191100	26/11/2019 08:38:58	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		3	
Paciente <b>JÉSICA SILVA MARTINS</b>		Data Nascimento <b>28/06/1991</b>		Idade <b>28 A 4 M 28 D</b>		CNS		CPF	Prontuário
Tipo Doc <b>IGNORADO</b>		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo <b>F</b>	Estado Civil <b>PAI</b>
Mãe <b>MARIA DIVINA ALMEIDA SILVA</b>		Endereço <b>RUA - ELCIDON DE SOUSA PINTO - 294 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR</b>		Raça/Cor <b>PARDA</b>		Naturalidade <b>ITAUBA - PA</b>		Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Contato <b>(95) 99153-1533</b>		Ocupação		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Class. de Risco		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>		Profissional do Atend. <b>SAMU CAPITAL</b>		Procedência		Temp.	
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por: <b>ERBEJONE.SIMPLICIO</b>		Peso	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		Pressão	
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Acidente ocorrido pelo SAMU após colisão moto x carro. Não relato de consciência, vômito. Sem melhora, dor, administração de oxigênio, bafar e som de RR. Não altera.</i>									
Exame Físico <i>A: vas. aórticas pinas + prancha e osso anca. D: ECG 15; pupilas isotóricas. B: m. b. lateralmente. E: deformidade em MTD. C: pupilas simétricas e reativas.</i>									
Hipótese Diagnóstica <i>Fratura de MTD?</i>									
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____									
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 Nº 1901191100 AUTENTICAÇÃO Certifico que Dou Fez a presente cópia e é fiel reprodução Original que foi emitida neste Hospital</div>									
Condução <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>contato e</i> Data e Hora da Saída/Alta: _____									
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico <i>Dr. Odair M. Vaz</i> Cirurgião Geral RQE 901			
Impresso por: erbejone.simplicio Data Hora: 26/11/2019 08:39:33									



1901191100

D



JESSICA SILVA MARTINS

983

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson

NOME: JESSICA SILVA MARTINS

MÉDICO: FERNANDO REZENDE CRUZ

Nº. Controle: RX 10

PARTICULAR



CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA  
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682/RQE 424

## RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Fratura completa nos terços médios das diáfises da tíbia e fíbula.  
Aparelho de imobilização gessado.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 11 de dezembro de 2019

✉ clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

-- (95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax

-- (95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."



Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

Paulo Emerick Seixas Henriques CRM RR 2091



JESSICA SILVA MARTINS ID 0087200

Data 11-12-2019 Hora 08:47:35 Data Nasc. 28-06-1991

Centro Clínico Radiológico - CCRx



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

IMAGEM DO TITULAR

assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5288036 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2007

NOME JESSICA SILVA MARTINS

FILIAÇÃO  
ABDIAS CRUZ MARTINS  
MARIA DIVINA ALMEIDA SILVA

NATURALIDADE ITAITUBA PA DATA DE NASCIMENTO 28/06/1991

DOC ORIGEM C. NASC-ITAITUBA PA  
NUM: 41492 LIV: A121 FOL: V

CPF

PARÁ

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

035





MINISTERIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**909.841.292-00**

Nome

**JESICA SILVA MARTINS**

Nascimento

**28/06/1991**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**FB13.9386.F00F.061E**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **13:49:44** do dia **17/07/2015** (hora e data de Brasília)

digito verificador: **00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

*Partido Populista do Povo  
Diretor de Ident.*

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 012920083874  
VIA COD. RENAVAM 90305718083  
R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME  
RAILTON DA COSTA FREITAS

CPF / CNPJ  
842.599.222-20

PLACA  
NAN6653

RR

PLACA ANT. / UF  
842.599.222-20

CHASSI  
9C2KC1680BR502786

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLET/NAU APLIC.

COMBUSTIVEL  
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO  
HONDA/CG150 FAN

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. POT. / CL.  
2P/0149EC/

CATEGORIA  
PARTICU

COR PRET.OMINANTE  
VERMELHA

COTA UNICA  
\*PAG0\*

VENC. COTA UNICA  
\*PAG0\*

VENC. COTAS  
1- \*\*\*\*\*  
2- \*\*\*\*\*  
3- \*\*\*\*\*

PAGAMENTO  
\*PAG0\*

VENC. COTAS  
\*PAG0\*

VENC. COTAS  
\*PAG0\*

PREMIO TARIFARIO  
\*PAG0\*

VENC. COTAS  
\*PAG0\*

VENC. COTAS  
\*PAG0\*

AL.FID. BV FIDELIDADE  
IR AMAZ OCID METR. NRR

BOA VISTA-RR

DATA  
01/02/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

7 Nº 012920083874 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
842. PARA MAIS INFORMACOES, LEIA/NO/VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA  
01 842.599.222-20

EXERCÍCIO  
2018

RENAVAM  
00305718088

MARCA/MODELO  
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2011

CHASSI  
9C2KC1680BR502786

FMS (R\$)  
R\$81.29

PREMIO TARIFARIO  
R\$9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
R\$4.13

PREMIO  
R\$0.00

TOTAL PREMIO  
R\$185.55

COTA UNICA  
\*PAG0\*

PAGAMENTO  
\*PAG0\*

DATA DE OUTRAGO  
22/01/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.888/0001-04  
www.seguradoralider.com.br



**FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Sinistro nº 03200257602

Data da solicitação:

24/09/20

Nome do beneficiário:

Jessica Silva Martins

CPF do beneficiário:

909.841.292-00

Nome do solicitante:

William Gonçalves Franco

CPF do solicitante:

825.396.343-20

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular:

(95) 99413-3855

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail:

W.Franco992@GMAIL.COM

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

DISCORDO DA NEGATIVA



DISCORDO DO VALOR RECEBIDO



DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**

NÃO

SIM, informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:

Novos documentos médicos



Laudo do IML



Boletim de Ocorrência



Notas fiscais complementares



Outros:

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Boa Vista / RR - 29/09/2020

Local e Data

William Gonçalves Franco

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

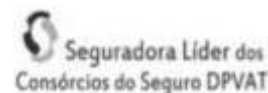
**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127280/20

**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS

**CPF:** 909.841.292-00

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JESICA SILVA MARTINS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **JESICA SILVA MARTINS : 909.841.292-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200163398 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS **Data do acidente:** 26/11/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 06/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 4.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR  
DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200163398 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS **Data do acidente:** 26/11/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 06/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 4.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR  
DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: Jesica Silva Martins  
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira  
 PROFISSÃO: Serviço Doméstico RG: 6288036  
 CPF: 909.841.292-00 ENDEREÇO: R. Milton Madureira 1071  
 BAIRRO: Alvorada CIDADE: Boa Vista  
 CEP: 69.317-230

## VITIMA:

NOME: Jesica Silva Martins  
 CPF: 909.841.292-00 DATA DO ACIDENTE: 03.06.11.19  
 NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

## OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco  
 NACIONALIDADE: Brasileira  
 ESTADO CIVIL: Casado  
 PROFISSÃO: Autônomo  
 Nº. DO RG: 239717 ORGÃO EMISSOR: SESP/RR  
 DATA DE EMISSÃO: 03.11.19  
 Nº. DO CPF: 805.396.343-20  
 ENDEREÇO: Rua CC 18-296, Lavoura, Moreira

## 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, junto a DELEGACIA, 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.

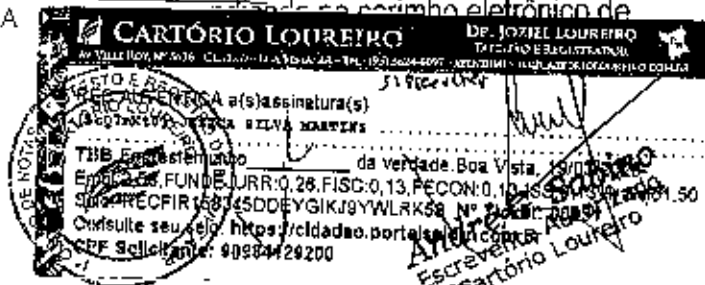
Boa Vista, RR, 19 de Março de 2020



Jesica Silva Martins  
 ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data 03.06.11.19 está em conformidade com o sistema eletrônico de





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127280/20

**Vítima:** JESICA SILVA MARTINS

**CPF:** 909.841.292-00

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JESICA SILVA MARTINS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **JESICA SILVA MARTINS : 909.841.292-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO