

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

---

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577089**

**Vítima: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO**

**Data do Acidente: 14/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO**

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

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577089**

**Vítima: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO**

**Data do Acidente: 14/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577089**

**Vítima: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO**

**Data do Acidente: 14/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190577089

Vítima: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000049531-9

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, retorno 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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do sinistro:	3190577089
Nome do(a) Examinado(a):	ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA DA PISCICULTURA 312 PISCICULTURA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	705.458.062-16
Data e local do acidente:	14/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 30/12/2019

**Resultado da Avaliação Médica**

**I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

**II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VITIMA FEZ CIRURGIA- OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM AGOSTO DE 2019

**III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

MSE: PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DO MEMBRO (COTOVELO/ANTEBRAÇO) + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE DO ARCO ARTICULAR EM GRAU ACENTUADO; COMPROMETIMENTO DA PRONAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO DO PUNHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DA APREENSÃO/PINÇA + DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO ( PRECISA USAR O MSD PARA AJUDAR A ELEVAR O MSE)

**IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.**

MSE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO

**VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

**Região Corporal (Sequela): MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

---

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII) \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

  
Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	405.458.062-16	Arquimedes Jose Crespo Caraballo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 405.458.062-16	
Profissão:	Autônomo	Endereço:	Av. Psicultura
Bairro:	Psicultura	Cidade:	Bea Vista
E-mail:	Tel.(DDD): (95) 99154-4282		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)         |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1352 CONTA: 49531 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

08 OUT. 2019

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

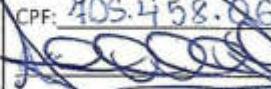
### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data: Bea Vista - RR, 02/05/2019  
 Nome: Arquimedes Jose Crespo Caraballo  
 CPF: 405.458.062-16  


(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019018/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/06/2019 10:28 Data/Hora Fim: 26/06/2019 10:38  
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 14/06/2019 19:28 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: RUA ATELIER PEREIRA DE MELO  
Complemento: VIA PÚBLICA - BAIRRO UNIÃO

Bairro: União

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1Q93: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Venezuelana Naturalidade: CURUPANO DE Sexo: Masculino Idade: 43  
Profissão: Administrador  
Estado Civil: Sem Informação  
Nome da Mãe: Carmen Elizabeth Caraballo de Crespo Nome do Pai: Aristides Crespo

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ATELIER PEREIRA DE MELO Nº: 1038  
Complemento: VIA PÚBLICA - BAIRRO UNIÃO  
Bairro: União  
Telefone: (95) 99118-8830 (Celular)

08 OUT. 2019

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICANTE REGISTRA OCORRÊNCIA DE TRANSITO EM 14/04/2019 AS 19:28:44 . QUE TRAFEGAVA O VEICULO (1) HONDA 125 ANO 2000 COR AZUL, PLACA NAK 1099 CHASSIS 9C2JC3010YR023838 RENAVAM 00731095030. PROPRIETARIO AQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO QUE O CONDUTOR SOFREU FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO

VEICULO 2 (NÃO IDENTIFICADO) CONDUTOR (NÃO IDENTIFICADO) SEGUNDO INFORMAÇÕES ESTE TERIA SIDO O RESPONSÁVEL E CAUSADOR DO ACIDENTE EMPREENDENDO FUGA APÓS O SINISTRO.

QUE NÃO HOUVE INTERVENÇÃO DA POLICIA MILITAR. QUE O COMUNICANTE FOI ATENDIDO POR VIA MOVEL & SAMU.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019018/2019

ASSINATURAS

  
Leonardo Sidou Piedade  
Responsável pelo Atendimento

  
Arquimedes Jose Crespo Caraballo  
(Comunicante / Vítima)

"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 del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

08 OUT. 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

**405.458.062-16**

Nome completo da vítima:

**Arquimedes Jose Crespo Caraballo**

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

Nome completo:

**Arquimedes Jose Crespo Caraballo**

CPF:

**405.458.062-16**

Profissão:

**Autônomo**

Endereço:

**Ae. Psicultura**

Número:

**312**

Complemento:

Bairro:

**Psicultura**

Cidade:

**Bea Vista**

Estado:

**RR**

CEP:

E-mail:

**florvor@hotmail.com**

Tel.(DDD):

**(95) 99354-4282**

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)         |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **1352**

CONTA: **49531**

**g**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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.

#### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

**08 OUT. 2019**

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

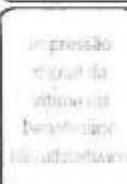
#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.



Local e Data: **Bea Vista - RR, 02/10/2019**  
 Nome: **Arquimedes Jose Crespo Caraballo**  
 CPF: **405.458.062-16**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000049531-9

---

Autenticação:

09FE24234393002EC75BDA54FD7A49069215DAD782B2B1ED4F45FB3F4FFC0FBF



7/08/2019 09 OUT. 2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2019 referente a UC: 1090291



### 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: 3319921

ILOR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 6

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1090291	07/2019	24-JUN-19 a 25-JUL-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
50	16-AUG-19	R\$ 252,31

**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: 4133898

**ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO**

R. DA PISCICULTURA, 312 , 2

PISCICULTURA

69314002 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1625969	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 16-OCT-19 a 26-NOV-19
CONSUMO (kWh) 419	VENCIMENTO 20-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 323,50

**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 1625969	MÊS 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 323,50
-------------------------	----------------	-----------------------------

836300000038.235000750002.000000001628.596911190053



## 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 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir inárcio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.612 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Arquimedes Jose Crespo Caraballo inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.458.062 / 16

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Arquimedes Jose Crespo Caraballo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.458.062 / 16, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

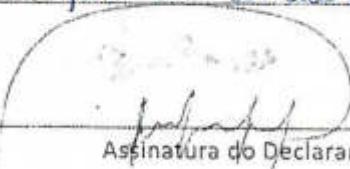
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

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:	Rua: Antônio Pinheiro. Galvão	Número:	Complemento:
Bairro:	Buritis	Cidade:	1832 casa
E-mail:	<u>iloirr@hotmail.com</u>		
		Estado:	RR CEP: 69.309-209
			Tel.(DDD): (95) 98403-5060

Local e Data: Boa Vista-RR,08 de outubro de 2019

  
Assinatura do Declarante



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

144.88907.31-4

NÚMERO:

0394712

SÉRIE

A01

UF

RR

*arquimedes jose c. caraballo*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ESTRANGEIRO

ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

FILIAÇÃO: CARMEN ELIZABETH CARABALLO DE CRESPO  
NASCIMENTO: ARISTIDES CRESPO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA  
DOCUMENTO: CIE 08469004057201741 - 1004/2017  
RNE: 1004/2017

MODALIDADE: BASE LEI N.º 9474

CPF: 705.488.062-16

VALIDADE: 10/04/2016

LOCAL DE EMISSÃO: SRTEIR - BOA VISTA  
DATA DE EMISSÃO: 02/05/2017

*Arquimedes Jose C. Caraballo*  
ABEJA-AU-PERDIDA-NOTA-INTERNA  
Superintendência Regional do Trabalho e Emprego

ASSINATURA DO EMISSOR

ALI  
FILIAÇÃO  
DATA E DOCU.  
NOME  
DOC  
NOM  
DOC  
NON  
DOC  
A-CAS  
B-SEP

14 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
HOME	
ILOR INACIO DE SOUZA	
	
DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR/A 114807 SSP RR	
CPF 383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
FRAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
OMIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO [REDACTED]	ACC [REDACTED]
CATEGORIA AB	
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 29/01/2020
PRATICITÁGIO 15/12/1995	
VALIDADA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
980151096	
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
 ADELSON KUNTSCHER PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE ASSINATURA DO EMISSOR	
92485240616 92207966020	
DETRAN/RR/RORAIMA	

09 OUT. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577089      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARQUIMEDES JOSE CRESPO      **Data do acidente:** 14/04/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
CARABALLO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACES LATERAIS DO COTOVELO E ANTEBRAÇO ESQUERDOS, FORÇA MOTORA DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PRONAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A OSTE OSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE.  
NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELEcer NEXO CAUSAL ENTRE A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO, DESCRITA NO EXAME FÍSICO, E A NATUREZA DO TRAUMA.

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577089      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARQUIMEDES JOSE CRESPO      **Data do acidente:** 14/04/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
CARABALLO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACES LATERAIS DO COTOVELO E ANTEBRAÇO ESQUERDOS, FORÇA MOTORA DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PRONAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE.  
NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELEcer NEXO CAUSAL ENTRE A LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO, DESCRITA NO EXAME FÍSICO, E A NATUREZA DO TRAUMA.

**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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577089      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARQUIMEDES JOSE CRESPO      **Data do acidente:** 14/04/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
CARABALLO

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

**Data da análise:** 23/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577089      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARQUIMEDES JOSE CRESPO      **Data do acidente:** 14/04/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
CARABALLO

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

**Data da análise:** 23/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<i>Anquimedes Jose crespo caraballo</i>
NACIONALIDADE:	<i>Venezolano</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônomo</i>
IDENTIDADE:	<i>V. 12.651.955</i>
ENDEREÇO:	<i>AV. Piscicultura nº 312</i>

OUTORGADO

08 OUT. 2019

NOME:	<i>Ivoir Inacio de Souza</i>
NACIONALIDADE:	<i>Brasileiro</i>
PROFISSÃO:	<i>Autônomo</i>
IDENTIDADE:	<i>154807 SSP - RR</i>
ENDEREÇO:	<i>Rua Antonio Pinheiro Galvão nº 1832 Buritis</i>

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 14 / 04 / 2019, cobertura Invalidez, vitima: Anquimedes Jose crespo.

*Boa Vista - RR 02/05/2019.*

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO LOUREIRO  
IN VILA BOA 30 - 5836 - CEP 66010-000 - FAX: (65) 3634-6097 - ATENDIMENTO: CARTORIO.LOURREIRO@COM.BR

VERDADEIRA(s) assinatura(s)

BORGES, ANQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

KVS Em testemunho da verdade Boa Vista, 02/05/2019

End: 2.45.FUNDEJURR:0.15.FISC:0.10.FECON:0.10.ISS:0.10VLR:Sel:150

Selo: RECFIR158345KKKBPBSYL2J3VB59

Consulte seu selo: <https://cidadao.portaiselorr.com.br>

CPF Solicitante: 70545806216

*Dr. São Severino de Sousa Júnior*  
Tabelião Substituto  
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352289/19

**Vítima:** ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

**CPF:** 705.458.062-16

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/04/2019

**Titular do CPF:** ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO : 705.458.062-16

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: 09/10/2019  
Nome: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO  
CPF: 705.458.062-16

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

MANOEL COELHO NETO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352289/19

Número do Sinistro: 3190577089

Vítima: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

CPF: 705.458.062-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO : 705.458.062-16**

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: 19/12/2019  
Nome: ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO  
CPF: 705.458.062-16

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

---

ARQUIMEDES JOSE CRESPO CARABALLO

---

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA