

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

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200236562 **Vítima: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES**

Data do Acidente: 13/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200236562 **Vítima: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES**

Data do Acidente: 13/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 000000448174-7

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.

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
933.168.362-68 Jaylynne de Souza Rodrigues

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Endereço:

13 - Estado:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Idade:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Número:

18 - Complemento:

9 - CEP:

10 - Complemento:

19 - Número:

20 - Complemento:

21 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0522

3

CONTA: 0448374

37

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

37

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Solicito o 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 Lider 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:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou ou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou ou

na gestação (ainda não nasceu)?

Sim Não

31 - Vítima

Sim Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou ou

pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem essa 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)

40 - Local e Data:

Boa Vista/R 18 de junho de 2020
Jaylynne de Souza Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018454/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/06/2020 15:04:05 Data/Hora Fim: 25/06/2020 15:04:05
Delegado de Policia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 13/03/2020 03:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Logradouro: R. Papa João Paulo II e Rua N.º 14

Nº: s/n

Complemento: rua

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005; ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES (VÍTIMA, COMUNICANTE)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 01/03/1991	Idade: 29
Profissão: Empresário				
Estado Civil: Solteiro(a)			Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: FRANCISCA DA SILVA RODRIGUES			Nome do Pai: VALDIR DE LIMA RODRIGUES	

Documento(s)

RG: 3266729

CPF: 933.168.362-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. MURILLO T. CIDADE

Nº: 887

Complemento: CASA

Bairro: DR SILVIO LEITE

CEP: 69.300-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motociclete/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 933.168.362-68	Placa: NAO5674
Renavam: 00323915914	Número do Motor: KD05E5B009930
Número do Chassi: 9C2KD0550BR009930	Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011
Cor: PRETA	UF Véiculo: RR
Município Véiculo: Boa Vista/RR	Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES
Veículo Adulterado? Não	Situação: Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 29/04/2020	Situação do Véiculo: RESTRIÇÃO_BENEFÍCIO_TRIBUTÁRIO_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018454/2020

Nome Envolvido	Endereços
JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante através do número telefônico 95-98406-3667, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com esta UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 13/03/2020, por volta das 3:10 da madrugada, a comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo NXR 150 BROS, cor preta, Placa NAO-5674; QUE estava trafegando pela R. Papa João Paulo II, bairro: DR. Silvio Botelho/Boa Vista / RR, indo em direção ao centro da cidade; QUE ao fazer a curva para a Rua N.º 14 de mesmo bairro, não percebeu que havia um buraco na pista; QUE ao tentar desviar do buraco para não cair, perdeu o controle da motocicleta e desmaiou; QUE bateu muito forte contra a pista; QUE a comunicante não perdeu a lucidez, que tentou andar e percebeu que não conseguia movimentar sua perna, foi quando se arrastou ate sua motocicleta e conseguiu conduzir a motocicleta até o Hospital Geral de Roraima, onde foi atendida em caráter de urgência (em anexo protocolo médico); QUE a comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves em sua perna, como consta em laudo médico em anexo a este B.O;
QUE a comunicante externa que somente realizou o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (25/06/2020)
para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.
QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seillig. S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei à comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

666666

ASSINATURAS

Jeane Brito Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 012000689

Responsável pelo Atendimento

JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

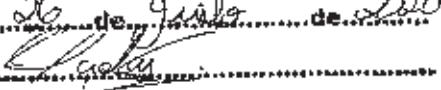
Vítima, Comunicante

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 26 de junho de 2020


Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

933.168.362-68 Jaylynne de Souza Rodrigues

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

5 - Nome completo:

6 - Endereço:

7 - CPF:

8 - Número:

9 - Complemento:

Jaylynne de Souza Rodrigues

108

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Número:

Serviços Gerais Rua 13
Jardim Tropical

12 - Estado:

13 - CEP:

105 69.314-571

11 - Número:

12 - Endereço:

13 - Estado:

14 - CEP:

105 69.314-571

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

91133855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0522

3

CONTA: 0448374

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

Solicito o 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 Lider 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:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data da morte:

25 - Civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

26 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou ou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

nao nascido (ainr nascido)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista R 18 de junho de 2020

Jaylynne de Souza Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000448174-7

Nr. Autenticação

BRADESCO17072020050000000002370052200000448174168750 PAGO



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: 4732937

JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

R. 13, 108 ,

JARDIM TROPICAL

69314571 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1264346	MÊS 02/2020	PERÍODO DE CONSUMO 21-JAN-20 a 19-FEB-20
CONSUMO (kWh) 50	VENCIMENTO 13-MAR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 56,72

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
1264346

MÊS
02/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 56,72

836000000007.567200750006.000000001263.434602200058





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

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 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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)

Capital 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 do 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 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 falta 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVISSÉNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGUIRD. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES 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

Jaylynara da Silveira Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 933.168.362-68,
do sinistro de DPVAT cobertura invalides, da Vítima Jaylynara da Silveira Rodrigues

inscrito (a) no CPF sob o Nº 933.168.362-68, 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-OPVAT, 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 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>Parque das Flores</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>W.Franco.992@gmail.com</u>				CEP:	<u>69.318-050</u>
					Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista/RR 18 de junho de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

Ort Dr Roger Vella P.

Pel vilain oll accidente tránsito

Rx fx espal protec

es bran protos molt

CD: AO C.C

CRM-RR 1986
Dr. Marcos Aguiar
Medico Especialista
Ortopedia e Traumatologia

700ml de suoroso AS 8:58





BOLETIM OPERÁRIO	
Data: <u>13/03/2023</u>	O.S. _____

leguminos a la S. Rodríguez

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr exposto sobre o poleiro

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: VFO corrugis de fr expostos sobre o poleiro

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vito Porocet 1º aUXILIAR: MAI
2º AUXILIAR: Moreu A. R. INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Tct dnt + anestesia

2- Asseps (+) cutanea + capas ster

3- Lnc exaurir em jett s, serre os 6 patele dnt
lata foral do dt patele, realgol tenor b da
mama, lata pnts mols apontar .

4- Lnc + sutur + curva + Talo

MAIL 2000
Street
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

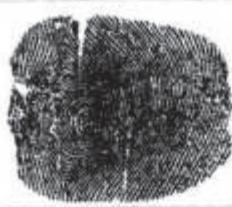
F

ROE-6101
1635
2000

INSTITUTO GERAL DE HOSPITAL	
Av. B49 - EDUARDO GOMES S/N	
Novo Planalto - Tel. (63) 2121-0622	
AUTENTICAÇÃO	
MAIL: <i>W.W.</i>	
<i>Shaele</i>	
Certifico e Sou Fiel que a presente cópia é Fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

13/10/2016

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

RESIDÊNCIA

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2. OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Policial Especialista da Faculdade Civil

Setor de Medicina Legal

2. VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P. 1

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

FILIAÇÃO: VALDIR DE LIMA RODRIGUES
 FRANCISCA DA SILVA RODRIGUES
 NASCIMENTO: 01/03/1991
 SEXO: FEMININO
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
 DOCUMENTO: RG: 326872-9 SESP RR 30/12/2004
 LEI Nº 9.099, DE 18 DE MAIO DE 1995
 CPF: 833.168.362-68
 CNH:.....
 TIT. ELEITOR: 0039/7672656
 SEÇÃO: 0014
 ZONA: 005
 LOCAL DATA DE EMISSÃO: SRIERR - 16/01/2011


ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
 DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

L E G E N D A
 A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MULHER VOLUNTÁRIA

03

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035, de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
 FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 202.05249.09-9

NÚMERO

5756033

SÉRIE
0030

UF
RR

Joycynara da Silva Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO:
01 00323915914 2019

NOME:
JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

CPF / CNPJ - PLACA -
933.168.362-68 MR03674

PLACA ANT / UF - CHASSI -
SC2KD0550BR009930

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL -
PQS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. ALCO/GASOL

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/NXR150-BRDE ES 2011 2011

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
2P/014900/ PARTICU PRETA

I P V A COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
#PAGO* #PAGO* 1º
FAIXA IPVA - PARCELAMENTO / COTAS 2º
** PAGO COTA ÚNICA ** 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
R\$10.32 R\$84.58 29/05/2019

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO. PROIB. SAIR EM RAZ
OCIO. *

DETALHES: Encerrado
LOCAL: Presidente Interino
BOA VISTA-RR
DETAN-RR

DATA: 29/05/2019

Expeditor

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975609140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2019 29/05/2019

VIA - CPF / CNPJ - PLACA -
01 933.168.362-68 NA05674

RENAVAM - MARCA / MODELO
00323915914 HONDA/NXR150-BRDE ES

ANO FAB. - CAT. TAREFA - N.º CHASSI
2011 - - 9C2KD0550BR009930

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DENATRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$10.32 R\$4.91 R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
R\$4.15 R\$0.32 R\$84.58

PAGAMENTO - DATA DE OUTAÇAO
COTA ÚNICA PARCELADO 29/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

CUT-2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185173/20

Vítima: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

CPF: 933.168.362-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES : 933.168.362-68

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: 02/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
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: 3200236562 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA, COM LESÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + TENORRAFIA + SUTURA) E ALTA MÉDICA. (P1 P3 P4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Jaycynara da Silva Rodrigues
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Estudante RG: 3266729-55P
CPF: 933.168.362-68 ENDEREÇO: Rua 13, 108
BAIRRO: Jardim Tropical CIDADE: Bha Vista
CEP 69431-571

VÍTIMA: Jaycynara da Silva Rodrigues
CPF: 933.168.362-68 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: 55P
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 826.396.343-20 ENDEREÇO: Rua C.C. 11 294 bairro 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, 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.

Brasília, 18 de Maio de 2020

X Jaycynara da Silva Rodrigues
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185173/20

Vítima: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

CPF: 933.168.362-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

JOYCYNARA DA SILVA RODRIGUES : 933.168.362-68

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: 02/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO