
Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667991

Vítima: FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA

Data do Acidente: 04/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667991

Vítima: FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA

Data do Acidente: 04/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 04/06/2019, emitido pelo Dr. MARCIO FREIRE CRM nº 1613 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 028.267.972-39 3 - CPF da vítima: 028.267.972-39 Nome completo da vítima: Francisco Henrique Felix de Souza

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

5 - Nome completo: Francisco Henrique Felix de Souza 6 - CPF: 028.267.972-39
7 - Profissão: micro-empresendedor 8 - Endereço: Av. General Ataíde Turve 9 - Número: 2785 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Labandade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309-000
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hcf-mat 16 - Tel (DDD): (95) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: Matil
AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 66851 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do ato contido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairaszes)? ☐ 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.

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 21 de novembro 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3ª DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim nº	1834/2019	DELEGADO	Fernando Bruno	DATA:	05/06/2019	ATENDENTE	Abilênio Almeida Pereira	LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Av,Parimé Brasil C/ Emilia da Silva Lavor - Caranã	DATA:	04/06/2019	HORA:	23:20min.
HORA	01hs.												

COMUNICANTE

NOME	POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA	ROP	810863	SERIE I
------	--------------------------------------	-----	--------	---------

CONDUTOR 01

NOME	Francisco Henrique Felix de Souza			CPF: 028.267.972-39	RG : 260873 SSP/RR
DATA NASC.		IDADE	20 Anos	SEXO: MASCULINO	RAÇA
PAI				MÃE	
ESCOL.				NAT.	NAC. Brasileiro
TEL.	98120--9290	ESTADO CIVIL	Solteiro	PROFISSÃO	Empresário
ENDEREÇO	Rua: Av. dos Bandeirantes, nº 1232 - Liberdade				

CONDUTOR 02

NOME	Airton Marinho Sampaio			CPF: 539.734.292-00	RG 3808939, SSP/RR
DATA NASC.		IDADE	24 anos	SEXO: Masculino	RAÇA
PAI				MÃE	
ESCOL.				NAT.	NAC. Brasileiro
TEL.	99135-7971	ESTADO CIVIL	Solteiro	PROFISSÃO	Decorador
ENDEREÇO	Rua Casterita nº 1199, bairro Pedra Pintada				

DADOS DA INFRAÇÃO

Cód. Infração	Desacato	Qualificação
	Acidente de Trânsito Com Vitima	

VEÍCULOS ENVOLVIDOS NÃO APRESENTADOS

Veículo do Condutor 1 Honda/NXR 150, cor Vermelha, placa NAV-1469;

Veículo do Condutor 2 Fiat/Palio de cor Vermelha, placa JXL-8150.

RELATO DOS FATOS

Texto Extraído na Integra do ROP PM acima

Senhor (a) Delegado (a).

Informo que fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no endereço supracitado. Quando chegamos no local fomos informados que o Item 01 Srº **FRANCISCO** que conduzia o veículo **V1** e trafegava na AV.PARIMÉ BRASIL Sentido Bairro>Centro quando abalroou na lateral direita do Veículo V2 que era conduzido pelo Item 02 Sr **AIRTON** que trafegava na AV. EMILIA DA SILVA LAVÔR sentido Bairro Tancredo Neves e não observou a sinalização de regulamentação de trânsito (placa R1- parada obrigatória) que existe para quem trafega na Av. EMILIA DA SILVA LAVÔR.

Que o item 01 foi removido pelo SAMU para o PSE/HGR para atendimento medico especializado.

Informo que foi acionado a Pericia, sendo realizada pela equipe do Perito CLEIDISON.

Que o veículo do item 02 estava com o licenciamento em atraso e foi notificado e não removido ao pátio do CRD/DETRAN-RR devido a falta de meios (guincho indisponível). Sendo liberado no local para seu condutor Item 02.



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3ª DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRICTAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Que o veículo do Item 01 estava com o licenciamento em dias e foi liberado no local para o Sr DIEGO FELIX DE SOUSA. CNH:06707092860.

Era o que tinha a relatar.

Apresento este relatório para conhecimento e providências cabíveis.

Abilênio Almeida pereira
APC

COMUNICANTE

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA

CONDIÇÃO 01

NOME	Francisco Henrique	CPF	012.123.456-78	RG	123456789
DATA NASC.	20/05/1980	SEXO	MASCULINO	RAÇA	BRANCA
PAI	JOÃO	MÃE	JOANA		
END. RES.	BR 300 - 3000	ESTADO CIVIL	Solteiro		
PROFISSÃO	Empregado				
ENDEREÇO	Rua da Liberdade, nº 123 - 1º andar				

CONDIÇÃO 02

NOME	Alison Roberto	CPF	012.123.456-78	RG	123456789
DATA NASC.	24/05/1980	SEXO	MASCULINO	RAÇA	BRANCA
PAI	JOÃO	MÃE	JOANA		
END. RES.	BR 300 - 3000	ESTADO CIVIL	Solteiro		
PROFISSÃO	Empregado				
ENDEREÇO	Rua da Liberdade, nº 123 - 1º andar				

DADOS DA INFRAÇÃO

Cond. Infração	Descarte	Qualificação
Atividade de Trânsito Com Vítima		
VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO APRESENTADO		
Veículo do Condutor 1: Honda XSR 150, cor Vermelha, placa LAV-1499		
Veículo do Condutor 2: Fiat Uno, cor Verde, placa LXI-8150		

RELATO DOS FATOS

Em 01/05/2012, às 14h30min, foi recebido no 3º DP de Roraima, o Sr. DIEGO FELIX DE SOUSA, CNH:06707092860, relatando que em 28/04/2012, às 14h30min, estava no local de trabalho, situado na Av. Roraima, nº 123, quando foi abordado por dois indivíduos que se apresentaram como policiais militares. Os mesmos alegaram que estavam realizando uma fiscalização de trânsito e que o veículo do Sr. DIEGO FELIX DE SOUSA estava com o licenciamento em dias. O Sr. DIEGO FELIX DE SOUSA alegou que não sabia o que fazer e que estava com medo de ser preso. Os policiais militares alegaram que não tinham nada contra ele e que estavam apenas fazendo uma fiscalização de trânsito. O Sr. DIEGO FELIX DE SOUSA alegou que não sabia o que fazer e que estava com medo de ser preso. Os policiais militares alegaram que não tinham nada contra ele e que estavam apenas fazendo uma fiscalização de trânsito.

4ª DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRICTAL



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE Ocorrência Nº 1834/2019/3º DP**

O Sr.

NOME: FRANCISCO HENRIQUE FÉLIX DE SOUZA

RG Nº.: 260.873 SSP/RR.

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 18/07/1997.

TELEFONE: 98100-3705

ENDEREÇO: AV. DOS BANDEIRANTES, Nº 1232

BAIRRO: LIBERDADE

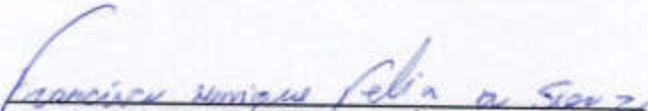
O comunicante compareceu nesta especializa, para ADITAR/ACRESCENTAR no Boletim de Ocorrência supracitado, o seguinte:

- QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO SINISTRO É UMA HONDA/NXR 150 BROS ESD, PLACA NAV-1469, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KDO540DR159865, PROPRIEDADE DE ROBSON FÉLIX DE SOUZA.

É o aditamento/acrécimo.

Boa Vista - RR, 21 de novembro de 2019.


VOLNEY AMAJARI G. DAS NEVES
Responsável pelo Atendimento
MAT. Nº 042000169


FRANCISCO HENRIQUE FÉLIX DE SOUZA
Comunicante





PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 810863

Vtr CIPTUR 03	SUCp CIPTUR	Data 04/06/19	S/Setor LESTE	H/Transm 23h20min	H/ini 23h20min	CH/h 23h25min	H/Fin 01h10min	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13010/13999	Cód. Ser. Prest. XXXXXX	Kml. 133.667	KmF. 133.672				

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: AV. PARIMÉ BRASIL C/ AV. EMÍLIA DA SILVA LAVÔR Nº -X-X Bairro: CARANÁ Ref: CRUZAMENTO

**PESSOAS RELACIONADAS
NÃO APRESENTADAS**

1 CONDUTOR	Nome: FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA	Idade: 20	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: AV. DOS BANDEIRANTES	Nº 1232	Bairro: LIBERDADE	
RG: 260873 SESP/RR	CNH: 06558228071	Profissão: EMPRESÁRIO	
CPF: 028.267.972-39	Telefone: 981209290		
2 CONDUTOR	Nome: AIRTON MARINHO SAMPAIO	Idade: 24	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA CASTERITA	Nº 1199	Bairro: PEDRA PINTADA	
RG: 3808939 SSP/RR	CNH: 06478307306	Profissão: DECORADOR	
CPF: 539.734.292-00	Telefone: 991357971		
X-X-X-X-XX	Nome: X-X-X-X-X-X-XX	Idade: X-X	E. Civil: -----
Endereço: X-X-X-X-X	Nº ----	Bairro: X-X	
RG: X-X-X-X	CNH: -----	Profissão: X-X-XX	
CPF: X-X-X	Telefone: -----		

VEICULOS ENVOLVIDOS - NÃO APRESENTADOS

- VEICULO DO ITEM 01 V1: HONDA/ NXR150 BROS COR VERMELHA, PLACA NAV1469.
- VEICULO DO ITEM 02 V2: FIAT/PALIO DE COR VERMELHA PLACAS JXL8150.
- DANOS NOS VEICULOS CONFORME PERICIA IC/PCRR PERITO CLEIDISON.

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P3-P3
CONFIRME COM ORIGINAL
DATA 07/06/19
SGT PM Vilson

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS RELACIONADOS: NÃO HOUVE MATERIAIS APREENDIDOS.

ASSINATURA:	CARGO: APC	LOCAL: 3º DP
HISTÓRICO		

SENHOR(a) DELEGADO(a),

Informo que fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no endereço supracitado. Quando chegamos no local fomos informados que o Item 01 Srº FRANCISCO que conduzia o veículo V1 e trafegava na AV. PARIMÉ BRASIL Sentido Bairro>Centro quando abalroou na lateral direita do Veículo V2 que era conduzido pelo Item 02 Sr AIRTON que trafegava na AV. EMÍLIA DA SILVA LAVÔR sentido Bairro Tancredo Neves e não observou a sinalização de regulamentação de trânsito (placa R1- parada obrigatória) que existe para quem trafega na Av. EMÍLIA DA SILVA LAVÔR.

Que o item 01 foi removido pelo SAMU para o PSE/HGR para atendimento medico especializado.

Informo que foi acionado a Pericia, sendo realizada pela equipe do Perito CLEIDISON.

Que o veículo do item 02 estava com o licenciamento em atraso e foi notificado e não removido ao pátio do CRD/DETRAN-RR devido a falta de meios (guincho indisponível). Sendo liberado no local para seu condutor Item 02.

Que o veículo do Item 01 estava com o licenciamento em dias e foi liberado no local para o Sr DIEGO FELIX DE SOUSA. CNH:06707092860.

Era o que tinha a relatar.

Apresento este relatório para conhecimento e providências cabíveis.

EVERSON BRASIL

41.204-0

*SD/ PM

CIPTUR

Nome

Matrícula

Posto/Grad

Und

Assinatura

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 028.267.972-39 3 - CPF da vítima: 028.267.972-39 Nome completo da vítima: Francisco Henrique Felix de Souza

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

5 - Nome completo: Francisco Henrique Felix de Souza 6 - CPF: 028.267.972-39
7 - Profissão: micro-empresendedor 8 - Endereço: Av. General Ataíde Turve 9 - Número: 2785 10 - Complemento: Coisa
11 - Bairro: Labandade 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.309-000
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hcf-mat 16 - Tel (DDD): (93) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: Matil
AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 66851 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairaszes)? ☐ 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.

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 21 de novembro 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Para contato
consulte informe
este número

SEU CODIGO
0019744-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.002.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/RR

Nº da Nota Fiscal 002772161
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	10/05/2019	525	451,44

FRANCISCO FELIX DE SOUZA
AV GEN ATAIDE TEIVE 2785 LIBERDADE
CPF: 00010097937304
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.032200

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	22752	Atual:	24/04/2019
Anterior:	22227	Anterior:	25/03/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27/05/2019
Consumo Medido:	525	Entrega:	23/04/2019
Consumo Faturado:	525	Apresentação:	24/04/2019
NORMAL		30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Residência	BI	Número Medidor	14E0806748 N 1525452
		Posto	1.1.1.2
		Código Fel	465

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAR/19 564	CONSUMO 525 A R\$ 0,798945 =
FEV/19 424	ILUMINACAO PUBLICA
JAN/19 383	
DEZ/18 413	
NOV/18 501	
OUT/18 479	
SET/18 394	
AGO/18 565	
JUL/18 454	
JUN/18 464	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 23/04/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISC 8541.3630.7369.04EC.E260.F972.9F92.0BEE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUICAO - R\$	
Distribuição:	218,69	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	70,59
Transmissão:	11,36	Valor do ICMS:	2,00
Encargos:	82,06	Valor do PIS:	9,47
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira, 3. Sábado, Ap
130-778033607-8

10/Mai/2019

HORA DF 11:22:01

TERM 053018

LGT: 33.024160-5
LOCALIDADE: BOA VISTA
R. VINCULADA: 3027

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
BOA VISTA ENERGIA S/A

VALOR DO PAGAMENTO: 451,44

836900000040 514400750000
000000000190 744004190091

130-778033607-8

VIA

**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: 3914212

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 10/2019	PERÍODO DE CONSUMO 24-SEP-19 a 25-OCT-19
CONSUMO (kWh) 1046	VENCIMENTO 11-NOV-19	TOTAL A PAGAR R\$ 833,48

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 833,48
-------------------------	----------------	-----------------------------

836300000087.334800750005.000000001024.074910190052



Para mais informações, 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)
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/61BLIOTECAWEB/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 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu

Denilze Corrêa Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

792.657.152 / 00

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Henrique Felix de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.267.972 / 39

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Francisco Henrique F. de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

028.267.972 / 39

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:

Civ. General Ataíde Teive

Número: 2748

Complemento:

02

Bairro: Liberdade

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP:

69.309.000

E-mail:

liderboavista-pendencia@hotmail.com

Tel (DDD):

(95)99117-5392

Local e Data:

Boa Vista - RR 21 Novembro 2019

Denilze Corrêa Dantas

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1001

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: BRAVO III

EQUIPE: Noemi e Marcel

Paciente: Francisco Henrique Felix de Souza Idade: 21 Sexo: M.

Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: AV. Paraimé Brasil Bairro: Caranã

Nº 9247 DATA 04/06/2019. HORA J/R: 22:59 BASE X VIA () () RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Lucidiana HORA J/R: 23:05 () CELULAR

MOTIVO INICIAL: Moto com carro

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB
☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento
☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica
☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado	☐ A pé ☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Bicicleta	☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus	☒ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

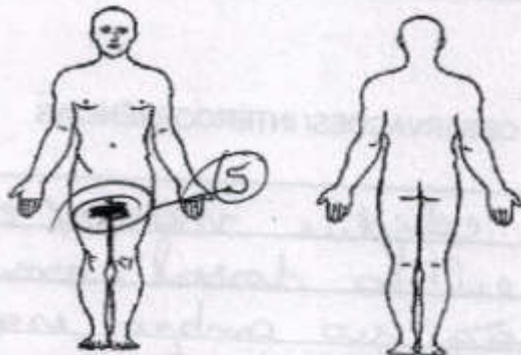
VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia	☐ Bradicárdico ☐ Enchimento capilar acima da 2ª ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Taquicárdico ☐ Extremidade	☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 23:05	120x80	84	20	100				
Fim								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta	5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial	☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Asistolia	☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	☐ Metabólica ☐ Infeciosa	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
---	---	--	---	--	--

955478

rec. Norm

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAM em Boa Vista, nesta oportunidade.	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☒ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bóia-valva-máscara: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tórax	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n°	☐ Acesso venoso Scalp n°	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Saladure de 20cm			2 pares de luva G
3 compressos			
2 gaze			
2 pares de luva M			

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Paciente mac. colidiu moto/carro, encontrado ao solo, em decúbito dorsal, em lote, verbaliza dor com contusão no ombro esquerdo, laceração em ambas as coxas e contusão no tornozelo direito. O mesmo foi conduzido ao GT sem alterações de SSV e realizado curativo compressivo nos ferimentos.

SAMU 192-RV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 13 / 06 / 19
Stefanie
Ruônica



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901119148 04/06/2019 23:27:41 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 16

Paciente **FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA** Data Nascimento **18/07/1997** Idade **21 A 10 M 17 D** CNS **02826797239** CPF **02826797239** Prontuário **02826797239**
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP RR** Data Emissão **17/07/2002** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mão **MARIA DO SOCORRO FELIX DE SOUZA** Pai **FRANCISCO FELIX DE SOUZA** Contato **(95) 93625-8121**
Endereço **AVENIDA - GENERAL ATAIDE TEIVE - 2785 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR** Ocupação **ESTUDANTE**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **URGÊNCIA** Validade **Temp.** Autorização **Peso** Sis Prenatal **Pressão**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão **Registrado por: EDILEUDA.SOUZA**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por: EDILEUDA.SOUZA**

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

Acidente carro x moto

Anamnese de Enfermagem GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente relata ter sido vítima de acidente automotivo. Refere dor em dorso à E.

Exame Físico A: VAP, C/ color cervical em prancha rígida. B: MUF (+) audível universalmente, boa responsividade, semitútil. C: TEC < 3 mg, FC: 79 bpm. Pulso cheio e simétrico. D: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreflexas. E: Ferimento em região medial da coxa.

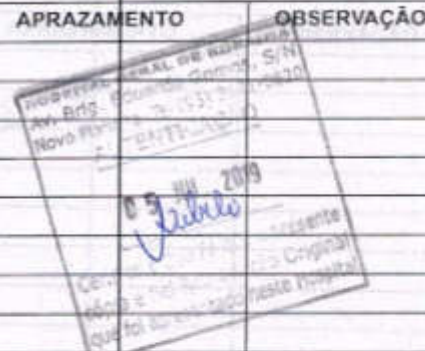
Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1 Difenora 1g (EV) > Diluído.
2 Tilatil 40mg (EV)



Conduta

☒ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edileuda.souza
Data Hora: 04/06/2019 23:28:23



1901119148

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

RR

NOME
FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA



DOK IDENTIDADE / CRLA PASSADOUZ
260873 SSP-RR

CPE
028.267.972-39 DATA NASCIMENTO
18/07/1997

FILIAÇÃO
FRANCISCO FELIX DE
SOUZA
MARIA DO SOCORRO FELIX
DE SOUZA

PROFISSÃO
ACD
CATEGORIA
B2

Nº REGISTRO
063-V228073 VALIDEZ
29/07/2020 HABILITAÇÃO
04/02/2016

OBSERVAÇÕES

Francisco Henrique F. de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
15/05/2017

[Assinatura]
LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
DIRETOR PRESIDENTE
DE TRÁFEGO

04934590344
RR209238291

ASSINATURA DO ENTEADOR

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1415848904

PROIBIDO PLASTIFICAR
1415848904



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

DENILZ CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO

JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LORATO DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

3

Nº REGISTRO

04953412311

VALIDADE

20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO

31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilz Coria Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

25/08/2014

Denilson Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
SECRETARIA DO DETRAN

59564648026
RR207683212

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

DETRAN-RR (RORAIMA)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667991 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA **Data do acidente:** 04/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA COXA (NÃO INFORMA LATERALIDADE)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Francisco Henrique Felix de Souza
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: micro empreendedor RG: 260873 CPF: 028.267.972-39
ENDEREÇO: Av. General Ataíde Teive 2785 Liberdade
VÍTIMA: Francisco Henrique Felix de Souza
CPF: 028.267.972-39 DATA DO ACIDENTE: 04 10 19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

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

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Realizada em 08 de outubro de 20 19.
X Francisco Henrique Felix de Souza
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de São Vicente
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Brasil, 4287 - São Brás - São Vicente/SP
Fone: (11) 2623-2222
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.sp.br

148268-3 (RCC) 068120-05
Reconhecido por VERDADEIRA e(s) firma(s)
FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA

Em testemunho da verdade, SGLC
Do que dou fé, São Vicente, 08 de outubro de 2019.
Consulte o(a) tabelião em cidades.portaldem.com.br
REC.FIR.168296WT6HXMBVAJMCXA287

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 SEL: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

148268
Junio Cesar de Oliveira Freitas
Escritor Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424544/19

Vítima: FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA

CPF: 028.267.972-39

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/06/2019

Titular do CPF: FRANCISCO HENRIQUE
FELIX DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA : 028.267.972-39

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: 29/11/2019
Nome: FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA
CPF: 028.267.972-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

FRANCISCO HENRIQUE FELIX DE SOUZA

MANOEL COELHO NETO