



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

*Copias enviadas a: 24/06/2020
Boa Vista - RR
Delegacia de Acidentes de Trânsito
Fábio Henrique*

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018811/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/06/2020 16:29:41 Data/Hora Fim: 30/06/2020 16:29:41

Delegado de Polícia: Simone Arruda do Camo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/03/2020 07:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Buritis

Logradouro: Av. Bandeirantes

Nº: S/N

Complemento: Estrada

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO (COMUNICANTE , VÍTIMA)	Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 24/06/1994	Idade: 26
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais				
Estado Civil: Solteiro(a)			Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: MARIA JOSE SIQUEIRA TRINDADE			Nome do Pai: VALDECIR DE OLIVEIRA LIRA	

Documento(s)

RG: 3817857

CPF: 021.087.332-99

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 174

Logradouro: AV PARQUE

Complemento: CASA

CEP: 69.314-573

Bairro: JARDIM TROPICAL

Telefone: (95) 99903-2307 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 715.951.392-49	Placa NBA6210
Renavam 00177876948	Número do Motor JC41E1A544257
Número do Chassi 9C2JC4110AR544257	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1,00 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 15/09/2019
Situação do Veículo	



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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a documentação acima assinada é original.

Boa Vista,

[Signature]

[Signature]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018811/2020

ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS -
RENANF

Nome Envolvido	Envolvimentos
LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante através do número telefônico 95-99903-2307, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 07/03/2020 por volta das 07:40 da manhã, a comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 125 FAN KS, Placa NBA-6210; QUE neste momento trafegava na Av. Bandeirantes, bairro: buritis /BV/RR; QUE nesta avenida, uma transeunte que estava nessa avenida tentou cruzar inesperadamente seu caminho; QUE para tentar desviar da transeunte, mudou a direção de sua motocicleta, porém ao desviar, subiu no meio fio atingindo um poste elétrico, que a transeunte continuou seu caminho normalmente; QUE a comunicante não conseguia se mover e ficou no chão, pois sentia muitas dores no corpo principalmente em na mãos, que outras pessoas que estavam no momento do fato, ligaram para Equipe de Resgate Móvel de Urgência e SAMU, que passado um período de 30 minutos a equipe de emergencia chegou ao local; QUE a comunicante externa que teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves em suas mãos e seu punho como consta em laudo médico em anexo a este B.O;

QUE a comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (30/06/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei à comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Ana Cassia Ferreira Cruz

Agente de Polícia

Matrícula 42000677

Responsável pelo Aprendizado

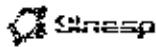
LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

Comunicante, Vitima

[Handwritten signatures of Ana Cassia Ferreira Cruz and Larissa Trindade de Oliveira Monteiro]

"Declaro para os devidos fins de direito que eu(s) [Hualacy Seelig] não posso(a) me responsabilizar pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

[Handwritten text in Portuguese]



Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz

Data da Impressão: 30/06/2020 16:50:20

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

021.087.332-99 *Larissa Rendade de Oliveira Monteiro*

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Larissa Rendade de Oliveira Monteiro

6 - CPF:

021.087.332-99
949

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua: 10

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Sairia:

12 - Cidade:

Bonito

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-620
99113-3855

15 - E-mail:

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3023**

CONTA: **0057 290 7**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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 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.

Só irá 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, as 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 civil da vítima:

Solteiro Casado (m/civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou(ou)companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tem filhos, informar Vivos: Sim Não

30 - Vítima deixou(ou)companheiro(a): Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tem irmãos, informar Vivos: Sim Não

33 - Vítima deixou(ou)companheiro(a): Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Iniciativa
e gerida
vítima e
beneficiário
da DPVAT

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Bonito/RR 08 de junho de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000057290-7

Nr. da Autenticação A25E694C1641CEB0



CNPJ: 05.828.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 213 - SÃO PEDRO - CEP: 03364-010

ATENDIMENTO
CAE
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 1037650 | Março/2020

Dados do Cliente:

CARLOS BENTO DOS SANTOS

Endereço para entrega:

RUA 18, NUM. 88249 - JARDIM TROPICAL BOA
VISTA RR 59314-622

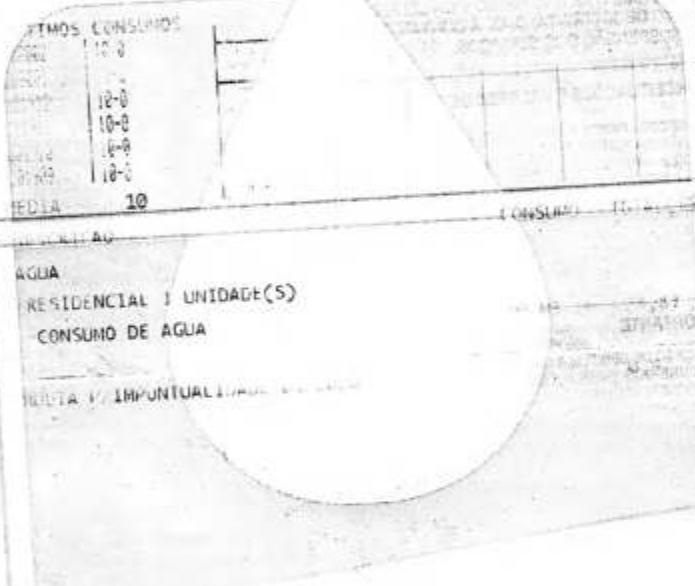
Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.021.134.0201.000	29	1241	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		CORTADO	POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NIB (F)

10 | 10 | 0 | 10

LEITURA FAT.

PA INF



ENCERTE	TOTAL A PAGAR
15/04/2020	24,30



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1037650	03-2020	15/04/2020	24,30

82640000000-4 24300004001-0 00103765001-5 03202000003-3



**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

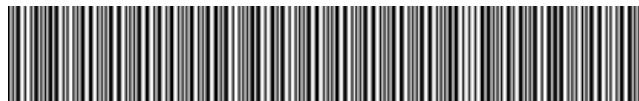
**RORAIMA ENERGIA**

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)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 91 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Dúvidas: 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&COO:CD=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 do referido Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Larissa Trindade de Oliveira Monteiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.087.332-99,

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Larissa Trindade de Oliveira Monteiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.087.332-99 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua cc 11 294</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:	<u>Wfranco992@gmail.com</u>		<u>RR</u>	CEP: <u>69.318-050</u> Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 08 de fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.: _____

2001228108 07/03/2020 09:18:47

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 4

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO	24/06/1994	25 A 8 M 13 D	709808082304295	02108733299		
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IDENTIDADE 3817857	SSP/RR 18/09/2008	F	CASADO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	
Mãe			Pai		BRASILEIRA	
MARIA JOSE SIQUEIRA TRINDADE			VALDECIR DE OLIVEIRA LIRA		Contato	
Endereço					Ocupação	
RUA - RAIMUNDO PENAFORT - 967 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR					<i>Seu alergia</i>	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão	
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU REGIONAL				Registrado por:	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
<i>"Dor em punho esquerdo e MM II direito"</i>						

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **+5**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente refere acidente moto-bicicleta há 20min. Trazida pelo SAMU, estava de capacete, retirado o capacete, sem perda de consciência. ECG = 15. Afirma cervicalgia, dor no punho esquerdo, não mobiliza e em MID Direito seu mobiliza. Exame Físico A - Vias aéreas pélvicas, com colar cervical D - ECG = 15, PIFR B - MVT, sem ruídos adverteios C - sem sinais de choque E - escoriações MID MSE, MJE

Hipótese Diagnóstica

Poli trauma

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

- (1) Solicitação de Raio X
- (2) TC de coluna Cervical
- (3) Dipirona 2g (EV) agora
- (4) Tilatil 40mg (EV) agora
- (5) Jeringa local

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Oralizado

fita de turbo clínico

*Dr. Odinacir Okemini
Médico CRM/RN 1851*

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para: *Onze de Julho*

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / / : :

Óbito

Antes do 1^o Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

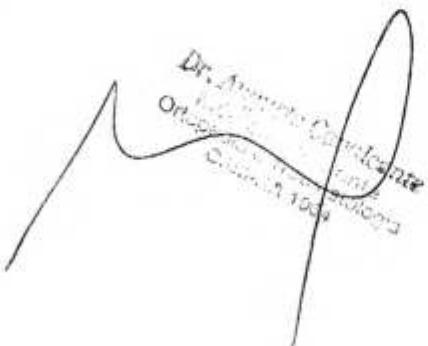


Utopia

Dr. Max

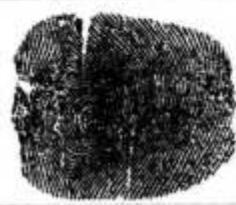
post operação com mola
operando juntas em
parte E. com fáscia.

(D) Reduzir incremento
+ Gleno- Rx de controle
com ligaamento +
osteomartelos em 1 serom



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

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

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

Portaria Presidencial do Município de Boa Vista - RR

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190472/20

Vítima: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

CPF: 021.087.332-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/03/2020

Titular do CPF: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO : 021.087.332-99

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: 08/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
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: 3200243254 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/03/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A
MONTEIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR- REDUÇÃO INCRUENTA- GESSO (P.2 ALTA).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Larissa G. G. de Oliveira Montiero
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: RG: 3817857 33 PRR 0
CPF: 021.087.339 - 99 ENDEREÇO: Rua: 10 N°: 00249
BAIRRO: Fazendinha Tropical CIDADE: Boa Vista
CEP: 69314-622

VITIMA: Larissa G. G. de Oliveira Montiero
CPF: 021.087.339 - 99 DATA DO ACIDENTE: 07-03-20
NATUREZA: () DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves França
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Economista
NR. DO RG: 339.717 ORGÃO EMISSOR: SESP RR
DATA DE EMISSÃO: 05.11.19
NR. DO CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua: CC 11, 293, Boa Vista

PODERES:

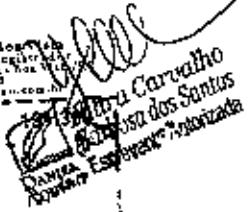
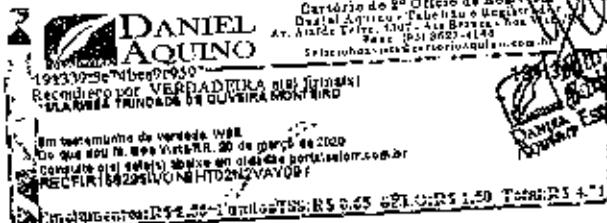
Poder requerer o seguro DPVAT por invalides, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar,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

Boa Vista RR 20 de Março de 2020



Larissa G. G. de Oliveira Montiero
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190472/20

Vítima: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

CPF: 021.087.332-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/03/2020

Titular do CPF: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO : 021.087.332-99

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: 08/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200243254

Vítima: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

Data do Acidente: 07/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

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: 3200243254

Vítima: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

Data do Acidente: 07/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

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

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **000000057290-7**

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



