



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

AUTENTICADO
30 Junho 2020
Boa Vista

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 da Polícia: Simone Arruda do Carmo

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: Bunitis

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

Logradouro: AV PARQUE

Nº: 174

Complemento: CASA

Bairro: JARDIM TROPICAL

CEP: 69.314-573

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 presente é a reprodução fiel do original.
Boa Vista, 30 de Junho de 2020.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00018811/2020

ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS -
RENANIE

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 esta 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, da marca HONDA, modelo CG 125 FAN KS, Placa NBA-8210; QUE neste momento trafegava na Av. Bandeirantes, bairro: buriús /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 emergência 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 a comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí origina SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

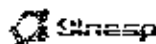
ASSINATURAS

Ana Cassia Ferreira Cruz
Agente de Polícia
Matrícula 42006677
Responsável pelo Alcadimento

LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO
Comunicante, Vítima

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

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé, que a presente é a reprodução fiel do original.
Boa Vista, 30 de Junho de 2020.



Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz
Data de 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: 201.087.332-99 3 - CPF da vítima: 021.087.332-99 4 - Nome completo da vítima: Larissa Almeida de Oliveira Monteiro

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

5 - Nome completo: Larissa Almeida de Oliveira Monteiro 6 - CPF: 021.087.332-99
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: 10 9 - Número: 249 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Tropical 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-314-622
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00572907
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(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 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 do Segurador 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 (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vôlhosco)? ☐ 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 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

Impressão e guarda da vítima e do beneficiário

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 08 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Larissa Almeida de Oliveira Monteiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

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: 000000057290-7

Nr. da Autenticação A25E694C1641CEB0



CNPJ: 08.538.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.295.426-3
RUA MELVIN JONES, 213 - SÃO PEDRO - CEP: 63.386-410



ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
WWW.CAERR.BR

Matrícula: **1037650**

Março/2020

Dados do Cliente:

CHARLES EDNIO DOS SANTOS

Endereço para entrega:

RUA 10, NUM. 00249 - JARDIM TROPICAL BOA
VISTA RR 69314-622

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.021.134.0201.000	29	1241	1

Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		CORTADO	POTENCIAL

LEITURA FAT.

10

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3)

10

TEMOS CONSUMOS

10-0
10-0
10-0
10-0
10-0

MÉDIA 10

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

TAXA V. IMPUNTUALIDADE

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/04/2020

24,30



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

826400000000-4 243000004001-0 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**

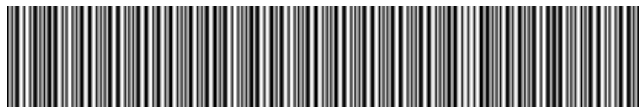
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINA1.ASPX?TIPO=1&COD=CO=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 RESEGURO. 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

inscrita (a) no CPF/CNPJ 895.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Larissa Trindade de Oliveira Monteiro

inscrita (a) no CPF sob o Nº 021.087.332 99

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Larissa Trindade de Oliveira Monteiro

inscrita (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:

☒ Rectifico Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 14 294</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69-318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data:

Boa Vista RR 08 de junho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

2001228108 07/03/2020 09:18:47 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 4

Paciente **LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO** Data Nascimento **24/06/1994** Idade **25 A 8 M 13 D** CNS **709808082304295** CPF **02108733299** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **18/09/2008** Sexo **F** Estado Civil **CASADO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **MARIA JOSE SIQUEIRA TRINDADE** Pai **VALDECIR DE OLIVEIRA LIRA** Contato **(95) 99112-8072**
Endereço **RUA - RAIMUNDO PENAFORT - 967 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR** Ocupação **Sem alergia**

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

Queixa Principal **"Dor em punho esquerdo e MMII Direito"**
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **GSC** **TOTAL**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente refere acidente moto-bicicleta há 20 min. Trazida pelo SAMU, com capacete, retirado o capacete, sem perda de consciência, ECG = 15. Afirma **unilateralidade, dor no punho esquerdo, não mobiliza e em MII Direito não mobiliza**
Exame Físico **A - Vias aéreas pervias; com colar cervical D - ECG = 15, PIFR B - MVT, sem ruídos adventícios C - Sem sinais de choque E - escore 15 MID, MSE, MJE**
Hipótese Diagnóstica **Poli trauma**

SADT - Exames Complementares
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 Solicitação de Raio X		
2 TC de coluna Cervical		
3 Dipirone 2g (EV) agora		
4 Tilatil 40mg (EV) agora		
5 Serviço Social		

Ortopedia
Liberação do punho esquerdo
Dr. Odineir Okamin
CRM/RR 1851

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: **Ortopedia** 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: adao
Data Hora: 07/03/2020 09:19:59



2001228108

Utopia

Dr. Mark

para replicar com mais
operando sobre um
grupo E. com laboratório

(D) Reduzir o número
7. Geral: Rx de controle
com dois grupos +
correlacionado em 1 sensor

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedista
CRM 1000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Partido Político Brasileiro do Partido Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1291948580	NOME LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO
	<div> <div>  </div> <div> DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA/F 3817857 SSP RR </div> </div>
	<div> <div> CPF 021.087.332-99 </div> <div> DATA NASCIMENTO 24/06/1994 </div> </div>
	FILIAÇÃO VALDECIR DE OLIVEIRA LIRA MARIA JOSE SIQUEIRA TRINDADE
	<div> <div> PERMISSÃO  </div> <div> ACC  </div> <div> CATHAB ALB </div> </div>
Nº REGISTRO 06410990357	VALIDEZ 04/01/2021
Nº HABILITAÇÃO 13/07/2015	
OBSERVAÇÕES 	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Larissa Trindade de Oliveira Monteiro</i>	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 15/07/2016
ASSINATURA DO EMISSOR <div>  </div> LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTRO <small>DELEGADO DE TRÂNSITO</small>	
DETRAN-RR/RORAIMA	
PRÓXIMO PLASTIFICAR 1291948580	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190472/20

Vítima: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTE

CPF: 021.087.332-99

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 07/03/2020

Titular do CPF: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTEIRO

CPF de: Próprio

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 MONTEIRO **Data do acidente:** 07/03/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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 Trindade de Oliveira Monteiro
 NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
 PROFISSÃO: RG: 3817857 66 PRRO
 CPF: 021.087.332-99 ENDEREÇO: Rua: 10 N.º 00249
 BAIRRO: Jardim Tropical CIDADE: Boa Vista
 CEP: 69314-622

VITIMA: Larissa Trindade de Oliveira Monteiro
 CPF: 021.087.332-99 DATA DO ACIDENTE: 07.03.20
 NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
 NACIONALIDADE: Brasileiro
 ESTADO CIVIL: Casado
 PROFISSÃO: Autônomo
 Nº. DO RG: 939717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR
 DATA DE EMISSÃO: 05.11.19
 Nº. DO CPF: 825.396.343-20
 ENDEREÇO: Rua: CC 11, 293, Larissa Monteiro

PODERES:

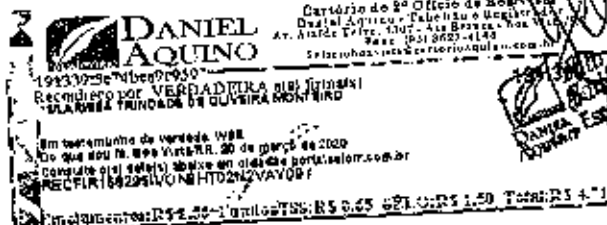
Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar,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

Boa Vista RR 20 de Março de 2020



Larissa Trindade de Oliveira Monteiro
 ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190472/20

Vítima: LARISSA TRINDADE DE OLIVEIRA MONTE

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

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 201.087.332-99 3 - CPF da vítima: 021.087.332-99 4 - Nome completo da vítima: Larissa Almeida de Oliveira Monteiro

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

5 - Nome completo: Larissa Almeida de Oliveira Monteiro 6 - CPF: 021.087.332-99
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: 10 9 - Número: 249 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Tropical 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-314-622
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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 ☐ 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00572907
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(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 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 do Segurador 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 (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vôlhosco)? ☐ 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 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

Impressão e guarda da vítima e do beneficiário

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 08 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Larissa Almeida de Oliveira Monteiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves