

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

NOOME

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 - Decreto de 1978

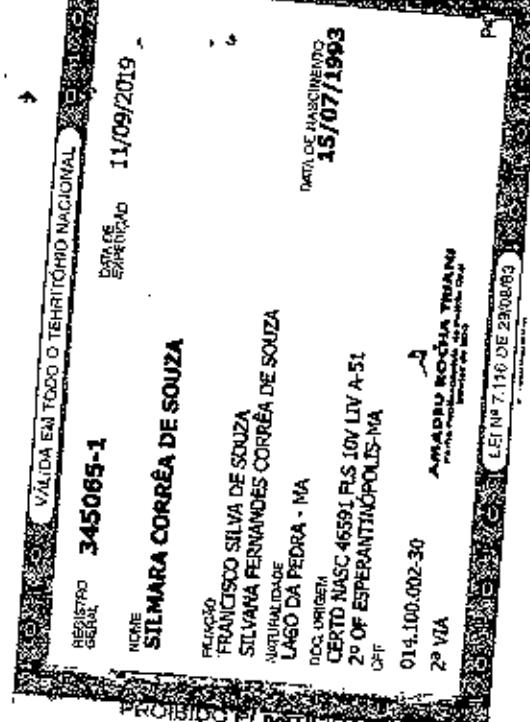
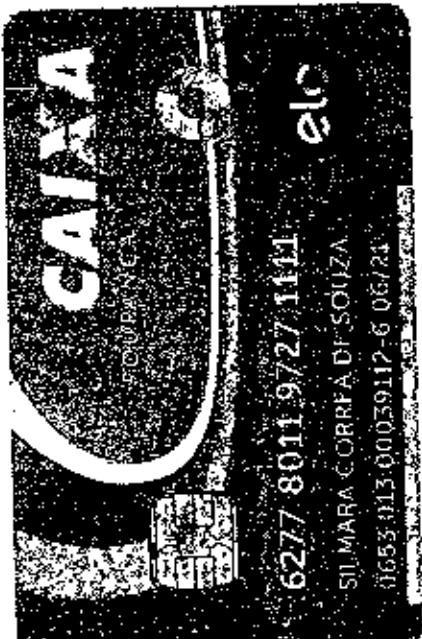
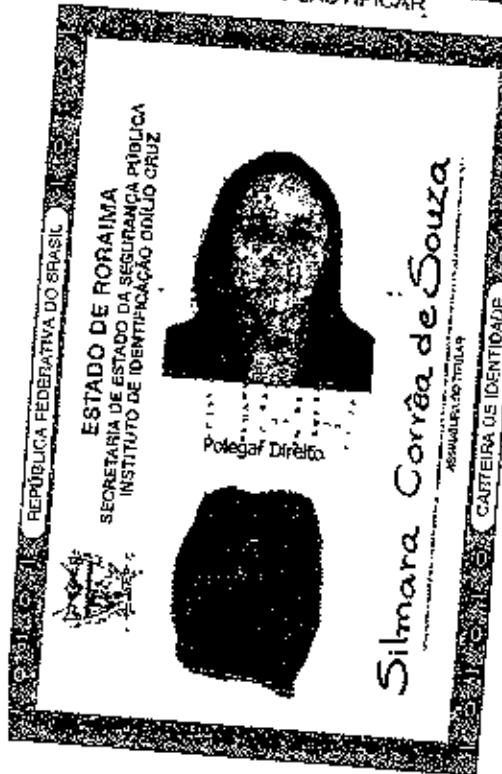
2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1



NOTA FISCAL EMISSOR: ELETRO BRASIL
Av. Ceará/No. 010 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 09.341.470/0001-14 | INSC. FEDERAL: 34.007.022-3
Nota Fiscal / Contato: Energia Elétrica - 6500-8-1
E-mail: contato@eletrobrasil.com.br | Telefone: 65-3222-2400

卷之三

8541039-8

4543065

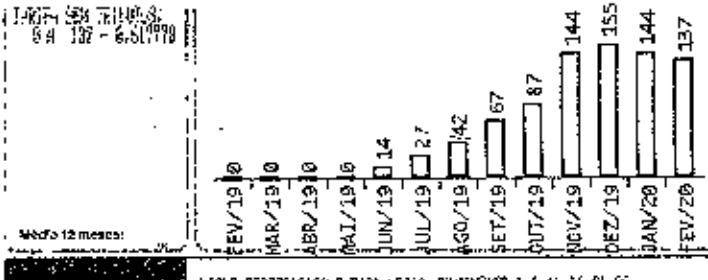
FEVEREIRO/2020 26/02/2020

SILMARA CORREIA DE SOUZA
AV BARNABÉ DE ALMEIDA FONTELES - VILA DO APIAU
CEP: 69.340-000 - COONTA APIAU

CPF: 00001438000230

DADOS DA TURMA/GRUPO:	DADOS DA TURMA/GRUPO:	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA:
Aluweb	SE 12 2020	Unicel/Subgrupo: 1.1.3.3
Anterior	ET 01 2020	Unicel/Subunidade: COMERCIAL
Dia de estudo:	N 03 2020	Upgás: TRIBUTARIA
Constante de Matrículas:	1.890	Número de Unidades: 500982896
Consumo medida:	134	Período de Referimento: MENSAL
Consumo Estimado:		Motivada:

CONSUMO 137 A R\$ 0,765725 = 104,90
(CONT. TILIMINACAO PUB. (COSTIP) 15,45



LIGLE 88207019/20 E TRACI 88206 01/03/2016 16:13:15 21 96
Pavilhão: Até 3 dias 01-02-2006, não constataram faltas verificadas
nossa Unidade Correitora.

RESERVADO AD FISCO		9640_BR82_B91D_6550_4F39_CDCE_0C3B_85FD	
RESERVA CONTRIBUICAO DA CONTA		RESERVA CONTRIBUICAO DA CONTA	
		VALOR	
Energisa	Encargos:	Base de Cálculo:	VALOR
55,60	Tributos:	ICMS:	17,68
24,81		PIS:	0,43
Transmigração		COFINS:	2,02
3,00			

1 ^o Classificação		Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

0001206912	08/01/2020 10:55:02	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	20
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
SILMARA CORREA DE SOUZA		15/07/1993	26 A 5 M 24 D	898003225841015	01410000230	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE 3450651		SSP/RR	02/12/2013	F	SOLTEIRO(APARDA)	Naturalidade
Mãe				Pai	LAGO DA PEDRA - MA	BRASILEIRA
SILVANA FERNANDES CORREA DE SOUZA				NI	Contato	(95) 99167-0401
Endereço		Ocupação				
RUA - GERVASIO BARBOSA DO MONTE - 91 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR						
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	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ERBEJONE.SIMPLICIO	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
ACIDENTE Motociclistico.						
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL	
				AO: 1234	RV: 123456	015
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						
PACIENTE MULHER REA SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM RESSORO DE ODO EM COXA (D). SAMU REPAROU FRACTURA EXPOSTA NO MESMO LOCAL.						
Exame Físico						
BEB, CORTE, RASPO, CONTUSO, LACERADA, ESPINHA, MRC, BILATERAL, S/IRA, ABOMO INOCENTE, NOSOS PONTINHOS CORTOS E SIMÉTRICOS. FEITO LA DE DRENAGEM PELO SAMU						
Hipótese Diagnóstica						
FRACTURA EXPOSTA DE FEMUR.						
SADT - Exames Complementares						
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
1) MORFINA 5mg + SF 29% SAI FEITO				HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N NOVO PANTANAL Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 5/1/2020		
FRACTURA EXPOSTA DE FEMUR				CÓPIA E/OU FAX DA PRESENTE CÓPIA É NA REPRODUÇÃO ORIGINAIS DIVULGADA PELA AUTORIDADE NESTE HOSPITAL		
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: ONCOLOGIA			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação	Data e Hora da Saida/Alta: / / : :		
Óbito						
Antes do 1 ^o Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica		

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



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 6h 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 Ouvintia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

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

Elmara Porteiro de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 01.100.002/30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elmara Porteiro de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 825.396.343/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

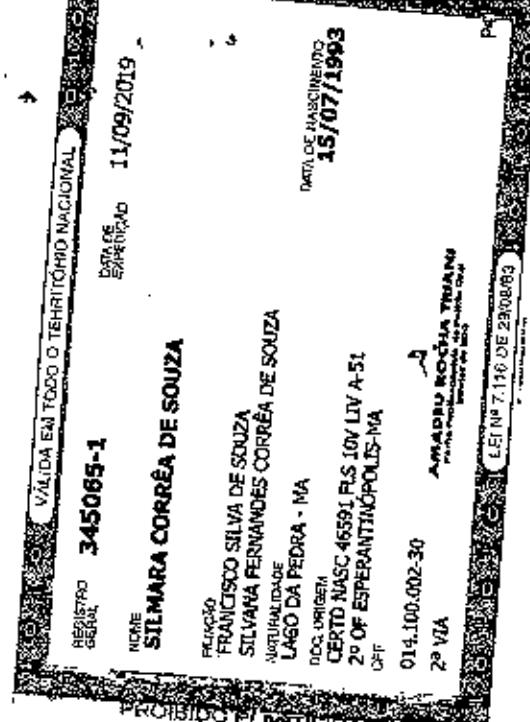
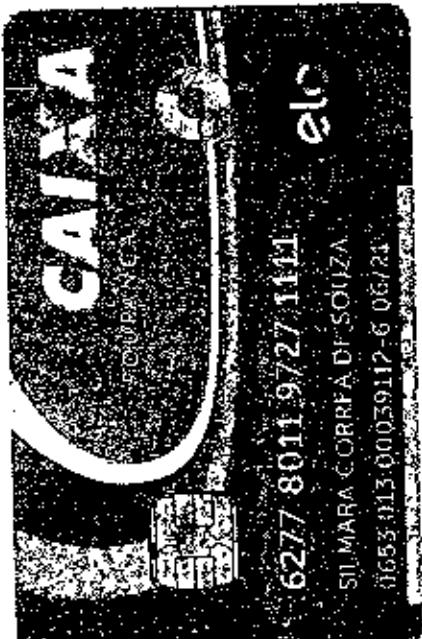
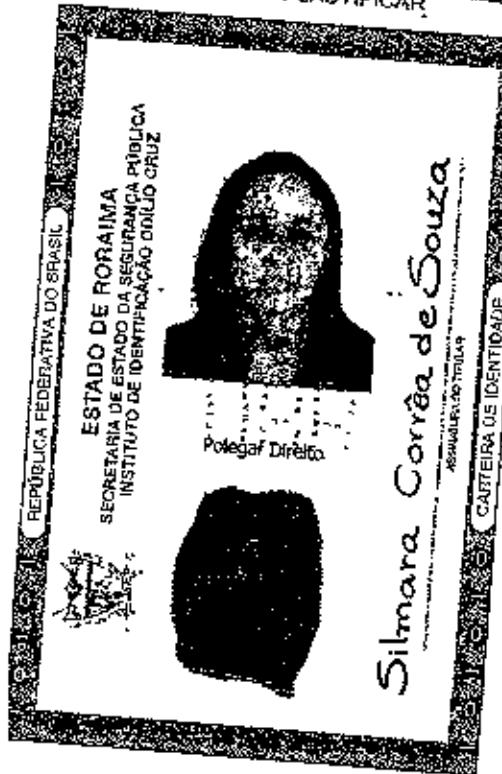
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua CC 11</u>	Número:	<u>295</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Vara Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estados:
E-mail:	<u>WFranco992@gmail.com</u>		<u>RR</u>	CEP:

Local e Data: Boa Vista/RR 13 de Maio de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



NOTA FISCAL EMISSOR: ELETROBOA S.A.
Av. Ceará/No. 010 - Cearápolis, 6911 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 09.341.470/0001-14 | INSC. FEDERAL: 34.007.022-3
Nota Fiscal / Contato de Energia Elétrica - 6911-8-1
E-mail: contato@eletroboas.com.br - Telefone: 091 3200-2400

卷之三

8541039-8

4543065

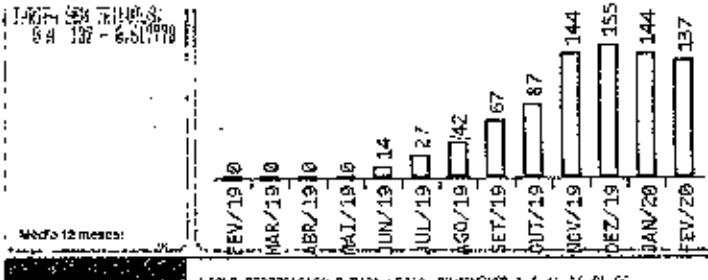
FEVEREIRO/2020 26/02/2020

SILMARA CORREIA DE SOUZA
AV BARNABÉ DE ALMEIDA FONTELES - VILA DO APIAU
CEP: 69.340-000 - COONTA APIAU

CPF: 00001438000230

DATA DE TURBULENCIA (APM)	VALORES DE TURBULENCIA	DEADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Ativab	25,1	Qntde/Subgrupo: 1.133
Anterior	25,6	Qntde/Subunidade: COMERCIAL
Bula de estabilidade	25	Urgente
Constante de Matriz/colunas	1,89	Número de Unidades: 300982896
Consumo medida:	134	Período de Referimento: MENSAL
Consumo Estimado:	133	Motivada

CONSUMO 137 A R\$ 0,765725 = 104,90
(CONT. TILIMINACAO PUB. (COSTIP) 15,45



LIGLE 88207019/20 E TRACI 88206 01/03/2016 16:13:15 21 96
Pavilhão: Até 3 dias 01-02-2006, não constataram faltas verificadas
nesta Unidade Correitora.

RESERVADO AD FISCO		9640_BR82_B91D_6550_4F39_CDCE_0C3B_85FD	
RESERVA CONTRIBUICAO DA CONTA		RESERVA CONTRIBUICAO DA CONTA	
		VALOR	
Energisa	Encargos:	Base de Cálculo:	VALOR
55,60	Tributos:	ICMS:	17,68
24,81		PIS:	0,43
Transmigração		COFINS:	2,02
3,00			



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



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 AST:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

04.100.001-30 Simara Corrêa 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:

6 - CPF:

Simara Corrêa de Souza

04.100.009-30

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Seguro Gerais R. AV. Barnabé de Almeida Fontes

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Edson do Apiau

Edson do Apiau

RR

69.340-000

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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)

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

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00039112

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

Solicito o prazo de quinze dias da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões de maneiras 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

residuo (veinaccer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos?

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/filhos vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider paga à, caso de vida, 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

Impresso
digitalizado
scaneado
e-mail
e-mail

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Lugar e Data:

Bonfim RR 13 de Maio de 2020

Simara Corrêa de Souza

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200191707 **Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA**

Data do Acidente: 08/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILMARA CORREA DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SILMARA CORREA DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000000039112-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AST:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

04.100.001-30 Simara Corrêa 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:

6 - CPF:

Simara Corrêa de Souza

04.100.009-30

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Seguro Geral R. AV. Barnabé de Almeida Fontes

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Edson do Apiau

Edson do Apiau

RR 69.340-000

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00039112

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que 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 prazo de quinze dias para análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões de maneiras 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

29 - Se tinha filhos, informar

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

residuo (veinaccer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/filhos vivos?

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider paga à, caso de vida, 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

Impresso
digitalizado
scannado
e-mail
e-mail

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Bonfim RR 13 de Maio de 2020

Simara Corrêa de Souza

William Gonçalves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AUTENTICAÇÃO

Certifico o documento, que a presente fotocópia
é a reprodução fidedigna do original.

Boa Vista, 18 de 03 de 2020


Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

03/01/2020

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001192/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 10:33 Data/Hora Fim: 09/01/2020 10:58

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811550 Data: 08/01/2020

Delegado de Polícia: Ronaldo Scioti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/01/2020 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Canarinho

Logradouro: RUA PEDRO TEIXEIRA C VILLE ROY

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Motivo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: JACKSON ARAÚJO DE SOUZA (CONDUTOR, ENVOLVIDO)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 11/03/1984 Idade: 36 anos
 Naturalidade: MA - Santa Luzia Profissão: Fotógrafo Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome da Mãe: Maria de Jesus Araújo de Souza Nome do Pai: Joaquim Alencar da Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 742.452.792-49

RG - Carteira de Identidade: 184637

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua Pedro Camargo

Nº: 1924

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (96) 99124-9095 (Celular)

Nome Civil: SILMARA CORREIA DE SOUZA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 15/07/1993 Idade: 26 anos
 Naturalidade: RN - Lagoa de Escolaridade: Ensino Superior Completo
 Estado Civil: Sem Informação
 Nome da Mãe: Silvana Fernandes Corrêa de Souza Nome do Pai: Francisco Silva de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.100.002-30

RG - Carteira de Identidade: 3450651

Endereço

Município: Mucajai - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001192/2020

Logradouro: RUA ROBERTO CARLOS Nº: 4045
Bairro: CENTRO

Nome Civil: OSANIEL MENDES DE SOUZA FILHO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar
Nome da Mãe: Maria Luiza Tornaz
Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.836.152-00

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: CIPTUR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição NÃO IDENTIFICADO	Placa 7589
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Jackson Araújo de Souza	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 014.100.002-30	Placa NAN9291
Renavam 01075680856	Número do Motor KD10E0G002282
Número do Chassi 9C2KD1000GR002282	Ano/Móvel Fabricação 2016/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS
Modelo HONDA/NXR 160 BROS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 23/08/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Silmara Corrêa de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROP 811550-J ANEXO.

ESTENTICAÇÃO
Certifico o documento, que a presente fotografia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 18 de 05 de 2020
Assinatura:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001192/2020

ASSINATURAS

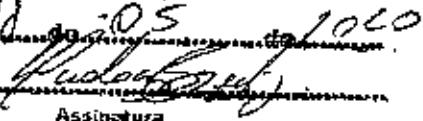
Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento

Silmara Correa de Souza
(Vilima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (o) (a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderão responder civil e criminalmente pela presença das alegações que delas constem, conforme previsto nos Artigos 333-Distribuição Geralizada e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Constitucionalidade do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

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

Boa Vista, 10 de outubro de 2020

Assinatura

PMRR - CIPTUR**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

SÉRIE J

Nº 811550

Vtr	SUOp	Data	S/Seção	H/Transm	H/Arr	CH/H	H/H
INTEGRADO	CIPTUR	08/01/2020	ESTE/OFSTE	10:30	10:30	10:35	11:30
Cód. Oc.		Cod. Prev.		Cód. Ser. Prev.		km/vl.	Km/F
1001/1003		13999					

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Local: RUA PEDRO TEIXEIRA C/ AV. VILLE ROY Bairro: CANARINHO Ref: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1º ENVOLVIDO Nome: JACKSON ARAUJO DE SOUZA Idade: 35 E. Civil:

Endereço: RUA PEDRO CAMARGO Nº 1924 - CIDADE SATELITE

RG: 184637 - RR CNH: 02860493698 Profissão: FOTOGRAFO
CPF: 742.452.792-49 TEL:

2º ENVOLVIDO Nome: SILMARA CORREIA DE SOUZA Idade: 26 E. Civil:

Endereço: RUA ROBERTO CARLOS Nº 4045 - CENTRO MUÇALA

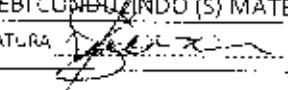
RG: 3450651 - RR CNH: 05553314070 Profissão: PROFESSORA
CPF: 014.100.002-30 TEL:**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

V1 ITEM 01 AUTOMÓVEL CHERY DE COR PRETA E PLACAS 7589 COM DANOS NO PARA CHOQUE DIANTEIRO GRADE, CAPÔ E PLACA DIANTEIRA.

V2 ITEM 02 MOTOCICLETA HONDA BROZ DE COR VERMELHA E PLACA NAN3291 COM DANOS NOS RETROVISORES, PISCA TRASEIRO LADO DIREITO E CARENAGENS.

MATERIAL APREENDIDO

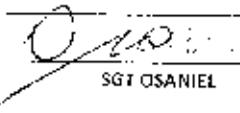
RECEBI COMPROVANTE (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): NADA APREENDIDO

ASSINATURA  CARGO: ACPC LOCAL: DAT
P. STORICO

Senhor (a) delegado (a),

ACIONADOS VIA CICPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO ONDE NO LOCAL O ITEM 01 NOS INFORMOU QUE SEGUIA PELA RUA PEDRO TEIXEIRA SENTIDO RIO BRANCO E A ITEM 02 SEGUIA PELA AV. VILLE ROY SENTIDO CAÇARÁ, QUANDO NO CRUZAMENTO DESSA VIAS, O ITEM 01 CRUZOU A VIA PREFERENCIAL, UMA VÉZ QUE HAVIA PLACAS DE PARE NA RUA PEDRO TEIXEIRA, OCASIONANDO ASSIM O ACIDENTE CHEGANDO NO LOCAL A ITEM 02 E SUA CARONA, A SENHORA SUMARA FORAM ATENDIDAS PEAS VIATURAS DO SAMU E FORAM EVADAS PARA ATENDIMENTO MÉDICO.

SEGUNDO A SOCORRISTA DO SAMU, A ITEM 02 APARENTAVA POSSÍVEL FRATURA NA PERNAS DIREITA COMO OS VEÍCULOS FORAM REMOVIDOS DO LOCAL EXATO DO ACIDENTE NÃO FOI ACIONADA A PÉRÍCIA AS INFORMAÇÕES DA ITEM 02 E SUA CARONA, FORAM REPASSADAS PELO SR. JOSÉ WALDEIR DE SOUZA CRUZ DE CNP 34166479170 QUE TAMBÉM FICOU RESPONSÁVEL PE A MOTOCICLETA DA ITEM 02, ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

SGT OSANIEL

40.230-3

CADASTRO

SGT

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp



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, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200191707

Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA

Data do Acidente: 08/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILMARA CORREA DE SOUZA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200191707 **Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA**

Data do Acidente: 08/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILMARA CORREA 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



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: 15/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILMARA CORREA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000039112-6

Nr. da Autenticação 7812B1F0E8D5A6CC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149099/20

Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA

CPF: 014.100.002-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2020

Titular do CPF: SILMARA CORREA DE SOUZA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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

SILMARA CORREA DE SOUZA : 014.100.002-30

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: 26/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149099/20

Número do Sinistro: 3200191707

Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA

CPF: 014.100.002-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2020

Titular do CPF: SILMARA CORREA DE SOUZA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 04/06/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Silmara Corrêa de Souza
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: casada
PROFISSÃO: funcionária RG: 3450657
CPF: 014.100.002-30 ENDEREÇO: R. 1615, Bairro de Olmeida
BAIRRO: Vila do Riozinho CIDADE: Boa Vista
CEP 69.340-000

VÍTIMA: Silmara Corrêa de Souza
CPF: 014.100.002-30 DATA DO SINISTRO: 08 de janeiro de 2020
NATUREZA: _____

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Krause
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP - RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 18 295 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Incidente, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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, 15 de Maio de 2020

Silmara Corrêa de Souza
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO
Avenida Rio Branco, 100 – Centro – Boa Vista – RR – 69010-000 – ATENÇÃO: 11-98100-0000
FAX: 69-3222-1000
E-mail: 2.50.FUNDEJURR:0.26.PIS/C:0.13.FECON:0.13,ISS:0.13Vlr Sel:1.50
Sel: RECFIR156345HQ38NT627ESEA30 N° Ticket: 00000
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaldetor.com.br>
CPF solicitante: 3228393253

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149099/20

Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA

CPF: 014.100.002-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2020

Titular do CPF: SILMARA CORREA DE SOUZA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA 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

SILMARA CORREA DE SOUZA : 014.100.002-30

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: 26/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
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: 3200191707 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA **Data do acidente:** 08/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO- PLACA E PARAFUSOS- ALTA.(ANEXO P.1,28,29,62,63).

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200191707 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA **Data do acidente:** 08/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO- PLACA E PARAFUSOS- ALTA.(ANEXO P.1,28,29,62,63).

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50