

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
2932767520201210173959

Processo 0830131-78.2020.8.23.0010 ☆ - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 9597 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

| Seq.                              | Data                | Evento                                                                               | Movimentado Por                                  |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <div>[-]</div> 9                  | 10/12/2020 17:39:59 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO                                                    | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br>Procurador           |
| 9.1 Arquivo: Petição              |                     | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                                                       | 2772383CONTESTACAO01.pdf<br>Público              |
| 9.2 Arquivo: DOCS                 |                     | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                                                       | 2772383CONTESTACAOAnexo02.pdf<br>Público         |
| 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER |                     | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                                                       | KITSEGURADORALIDER.pdf<br>Público                |
| 8                                 | 02/12/2020 11:57:53 | CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL<br>Responsável: ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES | JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA<br>Analista Judiciário |
| <div>[+]</div> 7                  | 02/12/2020 11:56:41 | JUNTADA DE ANÁLISE DE PREVENÇÃO                                                      | JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA<br>Analista Judiciário |
| <div>[+]</div> 6                  | 30/11/2020 18:38:59 | PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE                                                | ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES<br>Magistrado        |
| 5                                 | 24/11/2020 16:23:28 | CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL                                             | SISTEMA CNJ                                      |
| 4                                 | 24/11/2020 16:23:28 | RECEBIDOS OS AUTOS                                                                   | SISTEMA CNJ                                      |
| 3                                 | 24/11/2020 16:23:28 | REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR<br>Registro de Distribuição                     | SISTEMA CNJ                                      |
| 2                                 | 24/11/2020 16:23:28 | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO<br>2ª Vara Cível                                             | SISTEMA CNJ                                      |
| <div>[+]</div> 1                  | 24/11/2020 16:23:28 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL                                                        | Wallyson Barbosa Moura<br>Advogado               |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190697825

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

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

Carta nº 15248137



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190697825

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 30/09/2019, emitido pelo Dr. AMARO FORTES CRM nº 6749 - RR, da Instituição HOSPITAL IRACEMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15299460

Pag. 00269/00270 - carta\_31 - INVALIDEZ



00070135

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5BY GENHH LW8TF QDYYXB





## 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: 00046371273 4 - Nome completo da vítima: Wilcilene dos Santos macedo

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

5 - Nome completo: Wilcilene dos Santos macedo 6 - CPF: 00046371273  
7 - Profissão: Aquecimento 8 - Endereço: R. Vicinal 02, km-07 9 - Número: 84 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Campos Novos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69340000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 993353855

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: 0522 CONTA: 0003133 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 09 de dezembro 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001 1002/2010

566459



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 038140/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 31/10/2019 09:25 Data/Hora Fim: 31/10/2019 09:59  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 30/09/2019 18:00

**Local do Fato**

Município: Iracema (RR)

Bairro: Vila Campos Novos

Tipo do Local: Área Rural

**Natureza**

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Melo(s) Empregado(s)**

Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Caracará

Sexo: Feminino

Nasc: 15/03/1988

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Domingas dos Santos

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 000.463.712-73

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ESPERANÇA

Complemento: CASA

Bairro: CENTENÁRIO

Telefone: (95) 99125-4762 (Celular)

Nº: 131

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo** Veículo

**CPF/CNPJ do Proprietário** 641.429.572-87

**Renavam** 00757296726

**Número do Chassi** 9BGSC80N01C230122

**Cor** PRATA

**Município Veículo** Boa Vista

**Modelo** GM/CORSA ST

**Quantidade** 1 Unidade

**Última Atualização Denatran** 01/04/2016

**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

**Placa** JWT2454

**Número do Motor** 4B0003314

**Ano/Modelo Fabricação** 2001/2001

**UF Veículo** Roraima

**Marca/Modelo** GM/CORSA ST

**Veículo Adulterado?** Não

**Situação** Envolvido

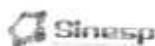
**Situação do Veículo** NADA CONSTA

**Nome Envolvido**

Wilcilene dos Santos Macedo

**Envolvimentos**

Exibidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro  
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Data de Impressão: 31/10/2019 09:59  
Protocolo nº: Não disponível



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

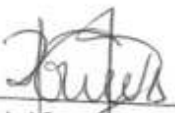
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

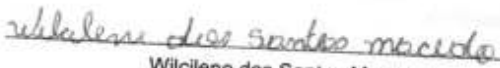
Nº: 038140/2019

**RELATO/HISTÓRICO**

A comunicante compareceu nesta Especializada para relatar que no dia, hora e local descritos acima, viajava como passageira no veículo GM/Corsa também já devidamente especificado acima, conduzido por seu cunhado e proprietário do veículo, senhor Jurandir Alves da Silva; Que se deslocavam para a cidade de Boa Vista, quando aproximadamente percorridos 2 Km da Vila Campos Novos, o condutor do veículo ao tentar desviar de um buraco perdeu o controle e acabou descendo o aterro, vindo a comunicante sofrer lesão corporal, fraturando o braço direito próximo ao ombro. Que foi socorrida ao Posto de Saúde da Vila Campos Novos pelo esposo e em seguida foi transportada para Boa Vista de ambulância para atendimento no pronto Socorro. Que o registro é para fins de seguro DPVAT.  
É o relato.

**ASSINATURAS**

  
Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000169  
Responsável pelo Atendimento

  
Wilcilene dos Santos Macedo  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas 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."





## 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 do titular:

00046371273

4 - Nome completo da vítima:

Willilene dos Santos Macedo

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

5 - Nome completo:

Willilene dos Santos Macedo

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

R. Viciosa 02 km-07

11 - Bairro:

Pompeia Nova

12 - Cidade:

Bom Jardim

6 - CPF:

00046371273

9 - Número:

84

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69.340.000

15 - Tel. (DDD):

93.113.3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR (ATÉ 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 anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$1.000,00 A R\$1.300,00  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.300,00  
☐ R\$1.301,00 A R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 A 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 (Exclusivo para os bancos abaixo. Assine a outra opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (241)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 0005133

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/capacidade do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, no momento em que, de fato, já e somente após a ocorrência de acidente, a captação 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 3.194/74), 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, com me a limitação à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da exatidão e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 3.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com a decisão de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (se viúva)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Nome da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima detém acompanhante(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima detém acompanhante(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Nome:

Idade:

30 - Vítima possui irmão(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmão(s)?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Nome:

Idade:

33 - Vítima possui pais?

☐ Sim ☐ Não

34 - Se pais vivos, informar:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, em sua devida, a limitação do Seguro DPVAT por morte de beneficiários que se apresentarem o primeiro esta condição, estando de fato, ainda, no que qualquer condição ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além do ressarcimento criminal por infração do artigo 255 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 93000-000, 09 de dezembro de 2020

Willilene dos Santos Macedo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

LAUDO

TESTEMUNHAS



**RORAIMA ENERGIA**

Para conferir conosco informe este número

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003301566  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTAS     | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2019 | 06/08/2019 | 267           | 237,56              |

ELIETE ARAUJO DA SILVA  
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA  
CPF: 00035469900215  
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

| DADOS DA LEITURA            |       | DADOS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| KWh                         | KVarh |                  |            |
| Atual:                      | 37543 | Atual:           | 23/07/2019 |
| Anterior:                   | 37276 | Anterior:        | 21/06/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 23/08/2019 |
| Consumo Medido:             | 267   | Emissão:         | 22/07/2019 |
| Consumo Faturado:           | 267   | Apresentação:    | 23/07/2019 |

NORMAL

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |           |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto     | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | BI      | 116006955      | N-24-1382 | 1-1-1-2     | 238            |

| HISTÓRICO KWh        |         | DESCRIÇÃO DA CONTA             |                            |
|----------------------|---------|--------------------------------|----------------------------|
| Mês/ano              | Consumo |                                |                            |
| JUN/19               | 147     | CONSUMO                        | 267 A R\$ 0,76400 = 204,14 |
| MAI/19               | 212     | CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/19-00 | 0,04                       |
| ABR/19               | 239     | CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00 | 0,88                       |
| MAR/19               | 182     | MULTA POR ATRASO DE 1 05/19-00 | 1,56                       |
| FEV/19               | 170     | JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 | 0,29                       |
| JAN/19               | 294     | MULTA POR ATRASO 05/19-00      | 3,27                       |
| DEZ/18               | 210     | JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 | 1,85                       |
| NOV/18               | 280     | ILUMINAÇÃO PÚBLICA             | 25,53                      |
| OUT/18               | 292     |                                |                            |
| SET/18               | 229     |                                |                            |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |         |                                |                            |
| 0 A 267 - 0,634620   |         |                                |                            |

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano: 06/2019 Valor: 143,63

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO LIGANDO 16 21 20

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 52,45  | Base de Cálculo:        | 204,14 |
| Energia:                  | 111,22 | Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Transmissão:              | 0,00   | Valor do ICMS:          | 34,70  |
| Encargos:                 | 5,77   | Valor do PIS:           | 0,00   |
| Tributos:                 | 34,70  | Valor do COFINS:        | 0,00   |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |       |       |      |
|-----------------------------|-------|-------|------|
| 8,85                        | 17,70 | 35,40 | 8,46 |
| 16,92                       | 33,84 | 4,82  |      |
| 6,55                        | 13,00 | 1,13  |      |

DISTRITO: 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

**RORAIMA ENERGIA**

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0070349-4  
MÊS FATURADO: 07/2019  
TOTAL A PAGAR - R\$: 237,56  
VENCIMENTO: 06/08/2019

Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAH

83620000002 1 37560075000 0 00000000000 3 34940719008 2

SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015  
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5BY GENHH LW8TF QDYXB



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 8.253.963.43 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wileilene dos Santos Macedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 000463712 / 73 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Wileilene dos Santos Macedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000463712 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                           |                         |                   |                                          |
|---------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------------------|
| Endereço <u>R. CC 11</u>  |                         | Número <u>284</u> | Complemento                              |
| Bairro <u>Barro preto</u> | Cidade <u>Boa Vista</u> | Estado <u>RR</u>  | CEP <u>69031050</u>                      |
| Email                     | Telefone comercial(DDD) |                   | Telefone celular (DDD) <u>991 133999</u> |

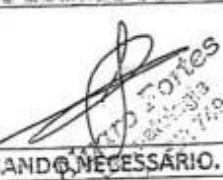
Boa Vista, 09 de dezembro de 19  
Local e Data

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

IRACEMA

PREFEITURA DE IRACEMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA

GUIA DE REMOCAO -UBS ANA HIPOLITO DOS SANTOS- CAMPOS NOVOS - IRACEMA

|                                                                                     |                                                                           |                              |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|
| NOME DO PACIENTE:                                                                   | Willilene dos Santos Maceche                                              |                              |                      |
| DATA DE NASCIMENTO:                                                                 | 15/03/88                                                                  | CARTÃO DO SUS:               | 200 50 91 38 28 7250 |
| TELEFONE: ( )                                                                       |                                                                           | CIDADE:                      | UF: RJ               |
| ENDEREÇO:                                                                           |                                                                           |                              |                      |
| ANAMNESE- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:                                                     | Exatema na M.S.D                                                          |                              |                      |
| AREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO                                                    |                                                                           |                              |                      |
| EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS                                                      | Solicitar Substância Médica                                               |                              |                      |
| ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO:                                                | DATA DE EMISSÃO:                                                          | 30/09/2019 Hora 17:30        |                      |
|  | UNIDADE SOLICITANTE:                                                      | P.F. Ana Hipólito dos Santos |                      |
|                                                                                     | ENCAMINHADO PARA:                                                         | Hospital de Maceche          |                      |
|                                                                                     | ENDEREÇO:                                                                 | Maceche                      |                      |
| AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO.                                                     | CIDADE:                                                                   | UF:                          |                      |
| ASSINATURA E CARIMBO                                                                | ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30(TRINTA DIAS)<br>A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO |                              |                      |

### ASSISTÊNCIA-MÉDICA-SANITÁRIA

Nome: Walcilene das Santos Macedo N REG. \_\_\_\_\_  
 Sexo: M ( ) F (X)  
 Endereço: União 02 de Campos Novos Bairro: \_\_\_\_\_  
 Filiação Pai: Francisco Teles Macedo  
 Mãe: Domingos Santos  
 Data de Nasc: 15/03/88 Naturalidade: Paracatu - RR Est. Civil: União estável  
 Profissão: Agricultora Instituto: INPS ( ) FUNRURAL ( ) SS ( )

[illegible]

## ASSISTÊNCIA – MÉDICA – SANITÁRIA

[illegible]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

| TRABALHADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pela Lei nº 2.246/64, de 28/07/64, e posteriormente reformada pela Lei nº 2.246/64, de 28/07/64, e posteriormente reformada pela Lei nº 2.246/64, de 28/07/64. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registradas todas as datas do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a concessão de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conteúdo das anotações contido neste documento, a seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Devido sua importância, a seu dever protegê-la e cuidá-la, pois poderá conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes. Por sua validade, também constitui documento de identificação.</p> <p>CONFECIONADA SEM RECURSOS EM:<br/>FABRILIDADE DE ALUMINIO NO TRABALHO</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: <a href="http://WWW.MTE.GOV.BR">WWW.MTE.GOV.BR</a></p> |  |
| <p>MINISTÉRIO DO TRABALHO<br/>E EMPREGO</p> <p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>CPF: 166.58911.24-0</p> <p>3762885 0050 RR</p> <p><i>Wilelene dos Santos Macedo</i><br/>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p> </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>WILCELENE DOS SANTOS MACEDO</b></p> <p>FILIAÇÃO: DOMINGAS DOS SANTOS<br/>FRANCISCO TELES MACEDO</p> <p>NASCIMENTO: 15/03/1988</p> <p>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</p> <p>NATURALIDADE: CARACARÁ - RR</p> <p>DOCUMENTO: R.G. - 270727 - 0908/2008 - SESP - RR</p> <p>LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1995</p> <p>CPF: 000.463.712-73</p> <p>TIT. ELEITOR: 004454722631</p> <p>LOCAL DE EMISSÃO: BRITERR - BOA VISTA</p> <p>DATA DE EMISSÃO: 28/03/2017</p> <p>141117.3762885.50-67</p> | <p><b>ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE</b></p> <p>NOME: _____</p> <p>DATA DE NASCIMENTO: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p><b>LEGENDA</b></p> <p>+ OBRIGADO A SER EMITIDO E RECEBIMENTO E ASSINADO<br/>+ SEÇÃO DE EMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO CIVIL</p> <p>03</p> |

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES |              |                      |           |
|----------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------|
| DETRAN - RR                                              |              | Nº 013975880600      |           |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO       |              |                      |           |
| VIA                                                      | COD. RENAVAM | R.N.T.R.C.           | EXERCÍCIO |
| 01                                                       | 00757296726  |                      | 2019      |
| NOME                                                     |              |                      |           |
| JURANDIR ALVES DA SILVA                                  |              |                      |           |
| RR                                                       |              |                      |           |
| CPF / CNPJ                                               |              | PLACA                |           |
| 541.429.572-87                                           |              | JWT2454              |           |
| PLACA ANT / UF                                           |              | CHASSI               |           |
|                                                          |              | 9BGSC80N01C230122    |           |
| ESPÉCIE TIPO                                             |              | COMBUSTÍVEL          |           |
| MIS/CAMIONETA/NAO APLIC.                                 |              | GASOLINA             |           |
| MARCA / MODELO                                           |              | ANO FAB. ANO MOD.    |           |
| GM/CORSA ST                                              |              | 2001 2001            |           |
| CAP / POT / CIL                                          |              | CATEGORIA            |           |
| 2P/092CV/, 6T                                            |              | PARTICU              |           |
| COR PREDOMINANTE                                         |              |                      |           |
| PRATA                                                    |              |                      |           |
| COTA ÚNICA                                               |              | VENC. COTA ÚNICA     |           |
| #ISENTO*                                                 |              | *****                |           |
| VENC. / COTAS                                            |              |                      |           |
| 1*****                                                   |              |                      |           |
| 2*****                                                   |              |                      |           |
| 3*****                                                   |              |                      |           |
| FAIXA LPVA                                               |              | PARCELAMENTO / COTAS |           |
| ISENTO(+ DE 10 ANOS)                                     |              |                      |           |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)                                   |              | IOE (R\$)            |           |
| R\$0.06                                                  |              | R\$16.21             |           |
| PRÊMIO TOTAL (R\$)                                       |              | DATA DE PAGAMENTO    |           |
| R\$16.21                                                 |              | 04/09/2019           |           |
| OBSERVAÇÕES                                              |              |                      |           |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO *                                 |              |                      |           |
| LOCAL                                                    |              |                      |           |
| BOA VISTA-RR                                             |              |                      |           |
| DATA                                                     |              |                      |           |
| 04/09/2019                                               |              |                      |           |
| DETRAN-RR                                                |              |                      |           |
| EXPEDIDOR                                                |              |                      |           |

| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT |                |                          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|--|
| RR Nº 013975880600                                                                                                                                      |                | BILHETE DE SEGURO DP     |  |
| 2019                                                                                                                                                    |                |                          |  |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA                                              |                |                          |  |
| www.seguradoralider.com.br                                                                                                                              |                |                          |  |
| SAC DPVAT 0800 022 1204                                                                                                                                 |                |                          |  |
| EXERCÍCIO                                                                                                                                               |                | DATA EMISSA              |  |
| 2019                                                                                                                                                    |                | 04/09/2019               |  |
| VIA                                                                                                                                                     | CPF / CNPJ     | PLACA                    |  |
| 01                                                                                                                                                      | 541.429.572-87 | JWT2454                  |  |
| RENAVAM                                                                                                                                                 | MARCA / MODELO |                          |  |
| 00757296726                                                                                                                                             | GM/CORSA ST    |                          |  |
| ANO FAB.                                                                                                                                                | GAT-TARIF      | NR-CHASSI                |  |
| 2001                                                                                                                                                    |                | 9BGSC80N01C230122        |  |
| PRÊMIO TARIFÁRIO                                                                                                                                        |                |                          |  |
| FNS (R\$)                                                                                                                                               | DENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$)    |  |
| R\$5.4                                                                                                                                                  | R\$0.6         | R\$6                     |  |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                                                                                                                                  | IOE (R\$)      | TOTAL DO RISCO DO SEGURO |  |
| R\$4.15                                                                                                                                                 | R\$0.06        | R\$16.21                 |  |
| PAGAMENTO                                                                                                                                               |                | DATA DE QUITAÇÃO         |  |
| X COTA ÚNICA                                                                                                                                            |                | 04/09/2019               |  |
| SEGURODORA LÍDER - DPVAT                                                                                                                                |                |                          |  |
| CNPJ 09.248.608/0001-04                                                                                                                                 |                |                          |  |

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
566459

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

**Vítima:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

**CPF:** 000.463.712-73

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 30/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** WILCILENE DOS SANTOS  
MACEDO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

**WILCILENE DOS SANTOS MACEDO : 000.463.712-73**

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](http://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: 13/12/2019  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Wilcilene dos Santos Macedo  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: Agricultora RG: 270727  
CPF: 000.463.712-73 ENDEREÇO: Vicinal 02, km-0+, 84  
BAIRRO: Campos Nove CIDADE: Itacema  
CEP: 69.390-000

VITIMA: Wilcilene dos Santos Macedo  
CPF: 000.463.712-73 DATA DO ACIDENTE: 03/09/2019  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

NOME: William Goncalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Donato  
Nº. DO RG: 289717 ORGÃO EMISSOR: SESP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16  
Nº. DO CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Lavoura Moreira

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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, 06 de Dezembro de 20 19



Wilcilene dos Santos Macedo

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

**Vítima:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

**CPF:** 000.463.712-73

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 30/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

#### WILCILENE DOS SANTOS MACEDO : 000.463.712-73

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](http://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: 13/12/2019  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

**PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**



**DADOS DO SINISTRO**

**Número:** 3190697825      **Cidade:** Iracema      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO      **Data do acidente:** 30/09/2019      **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA**

**Data da análise:** 19/12/2019  
**Valoração do IML:** 0  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.  
**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.  
**Sequelas permanentes:**  
**Sequelas:** Sem sequela  
**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)  
**Nome do documento faltante:**  
**Apontamento do Laudo do IML:**  
**Conduta mantida:**  
**Quantificação das sequelas:**  
**Documentos complementares:**  
**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

**DANOS**

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

