
Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219249

Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219249

Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15887049





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 4012/2020 - Registrado em: 02/06/2020 às 12h 31min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/03/2020 às 11h 50min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: MAURO CAMPELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: JOQUEI CLUBE

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

CHARMELA FRANCISCA SOUZA(48), nascido(a) em 19/05/1972, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de SECRETÁRIA(O), CPF Nº 562.301.682-00, País: BRASIL, natural de BONFIM-RR, filho(a) de NATALIA IZIDIA DO ROSARIO DE SOUZA e IGNORADO, endereço: RIO AMAJARI, cep: 69315-018, Nº: 260, bairro: PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98409-1203.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUNDOWN/WEB 100, PRETA, PLACA NAV-8792, QUANDO AO FAZER A CURVA DO ENDEREÇO ACIMA, SENTIDO CENTRO/BAIRRO SENTIU ALGO BATER NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA (A MESMA NÃO SABE INFORMAR O QUE BATEU NA MOTO), QUE COM A BATIDA OCORREU O ACIDENTE E O ACELERADOR DA MOTO TRAVOU FAZENDO COM QUE A MESMA SAÍSSE DERRAPANDO NO ASFALTO, QUE COM A QUEDA SOFREU FRATURAS NO PÉ DIREITO, E FORA SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA O COSME E SILVA E EM SEGUIDA LEVADA PARA O HGR. É O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


CHARMELA FRANCISCA SOUZA
COMUNICANTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219249 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA **Data do acidente:** 16/03/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ DIRETO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DATA DO ACIDENTE: 16/03/2020
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



CNPJ: 05.938.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 89.308-810

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 743879

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO CARMO NUNES

Endereço para entrega:

RUA RIO AMAJARI, NUM. 00260 - PROFA ARAC
ELI SOUTO MAIOR BOA VISTA RR 69315-018

Inscrição

001.032.424.0410.000

Rota

21

Seq.Rota

2180

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrômetro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3)

10

NUM DE DIAS

0

LEITURA FAI.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	180	180	180	180	180
ANALISADAS	189	189	189	189	189
CONFORMES	189	189	189	189	189

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

50,0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,95

VENCIMENTO:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

43,84

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
743879	01/2020	15/02/2020	43,84

82690000000- 9 43840004001- 2 00074387901- 7 01202040003- 7



**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: 4872053

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 21-FEB-20 a 25-MAR-20
CONSUMO (kWh) 703	VENCIMENTO 11-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 579,51

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 1089170	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 579,51
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.795100750004.000000001081.917003200057





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12¹

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Flair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Charmela Francisca Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 562.301.682/00
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Charmela Francisca Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 562.301.682 / 00, 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: Rua Antônio P. Galvão
Bairro: Buritis Cidade: Bea Vista
E-mail: FLAIRRRR@HOTMAIL.COM

Número: 1332 Complemento: _____
Estado: RR CEP: 65.309-209
Tel.(DDD): (95) 98404-5368

Local e Data: Bea Vista - RR, 18/06/2020

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

2001231219

16/03/2020 14:51:57

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

23

Paciente
CHARMELA FRANCISCA SOUZA
Data Nascimento **19/05/1972** Idade **47 A 9 M 28 D** CNS **700005005782502** CPF **56230168200** Prontuário
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 139915 SSP/RR 18/11/2015 F SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe
NATALIA IZIDIA Pai **NC** Contato **(95) 99943-9999** Ocupação
Endereço
RUA - RIO AMAJARI - 260 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° 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
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA ANTONIA.SOARES

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

Paciente com edema (inchado) em pé (D).

Anamnese de Enfermagem

Refere alergia a Dipirona e Paracetamol.

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14:55 h)

Paciente refere queda, com torção do pé (D), refere vir encaminhada do Correi e Silve. C/ RX - pé (D).

Exame Físico

BG, LOTA, ASA, expone, deambulando c/ dificuldade.

Hipótese Diagnóstica

fratura em pé direito

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: ortopedia

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 16/03/2020 14:53:08

Q 0020
SOTEC - Soluções em Tecnologia
154 - Implantação em Saúde
100-4-2-01-01-001

Carimbo e Assinatura do Médico
Daniel do N. Araújo
Médico
1-RR 2132



2001231219

14 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FLIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR
JUSCELINO KUNTSCHER PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

DETRAN - RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 190.04724.77-2

NÚMERO 9769131

SÉRIE 0040

UF RR

Charmela Francisca Souza

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



CHARMELA FRANCISCA SOUZA

FILIAÇÃO NATÁLIA IZIDIA DO RO* RIO DE SOUZA

NASCIMENTO 19/05/1972 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BONFIM - RR

DOCUMENTO: R.G. 139915 SESP RR 29/05/2013

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 562.301.682-00 CNH: 005

TT. ELEITOR: 2165192682 SEÇÃO: 0309 ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 14/05/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Charmela Francisca Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: autônomo

IDENTIDADE: 139915 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua: Rio Amajari - N: 260, Aracelis

OUTORGADO

NOME: Ilmar Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807

ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16 / 03 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: Charmela Francisca Souza

BOA VISTA 20-03-2020

LOCAL E DATA

Charmela Francisca Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

191372-5e74c8e1755fb
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Em testemunho da verdade, DBA
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 20 de março de 2020
Consulte o(s) site(s) abaixo em: cartorio2020.com.br
REC/FIR/166296BEYIKT-26RL7634/

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alameda Teófilo, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 8627-4188
2oficiohvista@cartorio2020.com.br

191.372

Ilmar Inacio de Souza
Barbosa dos Santos
Tabelião Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169837/20

Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

CPF: 562.301.682-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/03/2020

Titular do CPF: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

CHARMELA FRANCISCA SOUZA : 562.301.682-00

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: 18/06/2020
Nome: CHARMELA FRANCISCA SOUZA
CPF: 562.301.682-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

CHARMELA FRANCISCA SOUZA

MANOEL COELHO NETO