

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217096 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA **Data do acidente:** 20/10/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167464/21

Número do Sinistro: 3210217096

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data do acidente: 20/10/2020

CPF: 112.076.122-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

ERICA SILVA FRANCO : 019.877.842-27

Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210217096 Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data do Acidente: 20/10/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA SILVA FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE VALDEMIR PEREIRA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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

Carta nº 17044742



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210217096

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE VALDEMIR PEREIRA

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 20/10/2020, emitido pelo Dr. ESIO BOTELHO CRM nº 1890 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.076.122-00 JOSE VALDEMIR PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

6 - CPF:

JOSE VALDEMIR PEREIRA

112.076.122-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

MOTORISTA

RUA: ELIAS LEVI VELOSO FILHO

440

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

OPERARIO

BOA VISTA

RR

69.316-298

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

erucasilva2015.eruca@gmail.com

(95)99151-5858

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2617

4

CONTA:

25.694

3

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00025150/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/06/2021 10:08:01 Data/Hora Fim: 30/06/2021 10:34:32
Origem: Órgão: Pessoa Física - Particular Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial
Delegado de Polícia: Juseilton da Costa e Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato Início: 20/10/2020 11:30 (Data e Hora Aproximadas)

Data/Hora do Fato Fim: 20/10/2020 11:40 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centenário

Logradouro: AV: CENTENARIO

Tipo do Local: Via Pública

Nº: S/N VIA PUBLICA

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195: ACIDENTE DE TRÂNSITO AUTO LESÃO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: JOSE VALDEMIR PEREIRA (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 16/02/1958

Idade 63

Profissão: Motorista

Estado Civil: União Estável

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Maria de Lourdes P Plpacido

Documento(s)

CPF: 112.076.122-00

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ELIFAS LEVI VELOSO FILHO

Nº: 440

Bairro: Operário

CEP: 69.300-000

Telefone: (95) 99139-6602 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhora Delegada: O Comunicante acima qualificado, veio relatar que transitava no local mencionado, conduzindo sua MOTOCICLETA HONDA BROS PLACA NAM 0386, Quando foi fechado por um desconhecido em carro siena cinza. Que não conseguiu identificar a placa. Que foi conduzido ao PS Cosme e Silva, Que fraturou seu tornozelo direito. Este é o Relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00025150/2021

ASSINATURAS

Gileno Cley Gomes Passos

Agente Carcerário

Matrícula 42000886

Responsável pelo Atendimento

Jose Valdemir Pereira

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-Denúnciação 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 da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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) ☐ 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO-LESÃO CORPORAL-Nº 2821/2021/IML/RR
Destino: 5º DISTRITO POLICIAL/RR.

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **FERNANDO BRUNO DE SOUZA**
- Requisição: **Nº 81/2021-SDP. Referência: BO. Nº 25150/2021.**

NOME: **JOSÉ VALDEMIR PEREIRA**

NOME SOCIAL: **PREJUDICADO**

NACIONALIDADE: **BRASILEIRA**

NATURALIDADE: **BOA VISTA - RR**

IDADE: **63 ANOS**

SEXO: **MASCULINO**

ESTADO CIVIL: **UNIÃO ESTÁVEL**

COR: **PARDA**

PROFISSÃO: **MOTORISTA**

ESCOLARIDADE: **MÉDIO COMPLETO**

DOCUMENTAÇÃO: **RG. Nº 29797 - SSP/RR**

TELEFONE: **99139-6603**

FILIAÇÃO: **ANTONIO PEREIRA PLÁCIDO E MARIA DE LOURDES PEREIRA PLÁCIDO**

ENDEREÇO: **RUA ELIFAS LEVI VELOSO FILHO Nº 440, BAIRRO OPERÁRIO - BOA VISTA/RR**

DATA/ HORA DO EXAME: **01/07/2021, às 8 horas e 20 minutos.**

Obs: Os profissionais abaixo designados pelo (a) Diretor (a), prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.

HISTÓRICO:

- Relata que foi vítima de acidente de trânsito em 20/10/2020.

DESCRIÇÃO:

- Teve fratura em tornozelo direito. Deambula com dificuldade. Edema em tornozelo referido.
- Relata que necessita cirurgia.

DISCUSSÃO:

- Trauma por ação contundente em membro inferior direito.

CONCLUSÃO:

- Necessita exame complementar após 120 (cento e vinte) dias. Nexo causal e temporal

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde do paciente? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **INSTRUMENTO CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel?
NÃO.
- 4ª Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- 6ª Resultará incapacidade permanente para o trabalho; ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente? **PREJUDICADO.**

NECESSITA EXAME COMPLEMENTAR PARA VERIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS SEQUELAS DEFINITIVAS APÓS 120 (CENTO E VINTE) DIAS.

É por ser verdade, digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim: **Cleudete Silva Maranhão**

Cleudete Silva Maranhão

Dr. Benigno José de Oliveira
PCRR/IML/RR
Méd. 042000661

IML-RR

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69.309-005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (Recepção), (95) 2121-3430 (Direção).





ATENDIMENTO CAER

0800 280 9520

www.caer.com.br

CNPJ: 05.839.407/0001-15
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.933.426-3
 RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP: 69.304-810

Matrícula: 1223666

Junho/2021

Dados do Cliente:

ANTONIA LUZINEIDE DUTRA

Endereço para entrega:

RUA EL PAS LEVI Y FILHO, NUM. 80449 - 08
 ERARIO BOA VISTA RR 69316-296

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.037.332.0315.000	19	5683	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	FACTIVEL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
		10	0

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

202105 10-8
 202104 10-8
 202103 10-8
 202102 10-8
 202101 10-8
 202012 10-8

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas no Setor de Distribuição
 DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005 - Q.A.

AMOSTRAS	COLOR	TURBIDAZ	ODR	P.TOTAL	P.ODR
BRIGITADE	180	180	180	180	180
ANILISADAB	180	180	180	180	180
CONFORMES	180	180	180	180	180

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

10 M3 23,83

CONSUMO DE ÁGUA

RECEBIMENTO DE DOCUMENTO 06/2021
 0,57

IGNORE CASO PAGO

PARA INTERLIGACAO
 PLANO DIRETOR MUNICIPAL
 E PISCINA

**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: 6978959

RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS

R. LAURO ALEXANDRE DA SILVA, 1191 ,

PINTOLANDIA

69316745 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 493252	MÊS 02/2021	PERÍODO DE CONSUMO 13-JAN-21 a 09-FEB-21
CONSUMO (kWh) 692	VENCIMENTO 06-MAR-21	TOTAL A PAGAR R\$ 627,95

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 493252	MÊS 02/2021	TOTAL A PAGAR R\$ 627,95
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000064.279500750005.000000000497.325202210051





**PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO
CERTIDÃO JUDICIAL CRIMINAL**

11320973/2021

CERTIFICAMOS, na forma da lei, que, consultando os sistemas processuais abaixo indicados, NÃO CONSTAM, até a presente data e hora, PROCESSOS de classes CRIMINAIS contra:

ERICA SILVA FRANCO

CPF/CNPJ: 019.877.842-27

Certidão emitida em: 02/03/2021 às 04:52:32 (data e hora de Brasília)

Observações:

a) A autenticidade desta certidão poderá ser verificada, no prazo de 90 (noventa) dias, por qualquer interessado no site do TRF1, endereço <https://sistemas.trf1.jus.br/certidao>, por meio do código de validação abaixo;

b) A pesquisa realizada com base no CPF informado abrange processos em que o titular ou seu eventual espólio figure como parte;

c) Nos casos do § 1º do art. 4º da Resolução n. 680/2020 (CPF não informado), o nome indicado para a consulta será de responsabilidade do solicitante da certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;

d) Certidão expedida gratuitamente e nos termos da Resolução CNJ n. 121/2010 e da Resolução CJF n. 680/2020;

Certidão: 11320973

Código de Validação: 89FB153D8809A0D56398A33BD0CDF81B

Data da Atualização: 02/03/2021 às 4:52 PM



Certidão válida para o(s) seguinte(s) órgão(s): SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE RORAIMA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 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=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 Erica Silva Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.877.842 / 27, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Valdemir Perreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Jose Valdemir Perreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 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: <u>Rua: Lauro Alexandre</u>	Número: <u>1191</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Pintolandia</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>erica.silva.2015@erica@gmail.com</u>	CEP: <u>69.316-745</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 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=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 Erica Silva Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.877.842 / 27, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Valdemir Perreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Jose Valdemir Perreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.076.122 / 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: <u>Rua: Lauro Alexandre</u>	Número: <u>1191</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Pintolandia</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>erica.silva.2015@erica@gmail.com</u>	CEP: <u>69.316-745</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

1ª Classificação
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

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

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

2000822984

20/10/2020 19:06:59

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

4

Paciente

JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data Nascimento

16/02/1958

Idade

62 A 8 M 4 D

CNS

700004505086903

CPF

07

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

MARIA DE LOURDES PEREIRA PLACIDO

NI

Contato

(95) 99139-6603

Endereço

RUA - ELIFAZ LEVI VELOZO FILHO - 440 - OPERARIO - BOA VISTA - RR

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

SUTURA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

LEDA.MARIA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20 : 24 h)

DM(-)
HAS(-)
Anamnese de trauma, relato que o moto caiu no chão e não se levantou.

Exame Físico

Edema pt-3
Alto fco. p

Hipótese Diagnóstica

Trauma / fratura?

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

-> Aus. localiz. Dito y do.

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

1ª Classificação
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

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

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

2000822984

20/10/2020 19:06:59

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

4

Paciente

JOSE VALDEMIR PEREIRA

Data Nascimento

16/02/1958

Idade

62 A 8 M 4 D

CNS

700004505086903

CPF

07

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

MARIA DE LOURDES PEREIRA PLACIDO

NI

Contato

(95) 99139-6603

Endereço

RUA - ELIFAZ LEVI VELOZO FILHO - 440 - OPERARIO - BOA VISTA - RR

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

SUTURA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

LEDA.MARIA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20 : 24 h)

DM(-)
HAS(-)
Anamnese de trauma, relato que o moto caiu no chão e não se levantou.

Exame Físico

Edema pt-3
Alto fco. p

Hipótese Diagnóstica

Trauma / fratura?

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

-> Aus. hco. pto. pto.

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polgar Direito



Erica Silva Franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

16/04/2015

REGISTRO
GERAL

411993-2

DATA DE
EXPEDIÇÃO

ERICA SILVA FRANCO

NOME

FILIAÇÃO

JOSAFÁ AMBROSIO FRANCO

MARGARETE DOS ANJOS SILVA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 9670 FLS 30-F LIV A-17

2 OF BOA VISTA-RR

OPF

019.877.842-27

1 VIA

Hênio Stênio Lima Andrade

Hênio Stênio Lima Andrade
Diretor do IIOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO

01/06/1996

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167464/21

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

CPF: 112.076.122-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VALDEMIR PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERICA SILVA FRANCO : 019.877.842-27

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

JOSE VALDEMIR PEREIRA : 112.076.122-00

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: 06/09/2021
Nome: ERICA SILVA FRANCO
CPF: 019.877.842-27

ERICA SILVA FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217096 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA **Data do acidente:** 20/10/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO (PG 1)

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: BAM PG 1
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

Procuração

Outorgante(s):

Nome: JOSE VALDEMIR PEREIRA
R.G.: 29797 C.P.F.: 112.076.122-00
Endereço: Rua: ELIAS LEVI VELOSO FILHO nº 440
CEP: 69.316-298 Cidade/UF: BOA VISTA - RR


Outorgado(s):

Nome: ERICA SILVA FRANCO
R.G.: 411993-2 C.P.F.: 019.877.842-27
Endereço: Rua: LAURO ALEXANDRE nº 1191
CEP: 69.316-745 Cidade/UF: BOA VISTA - RR

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima JOSE VALDEMIR PEREIRA

ocorrido na data em 20 / 10 / 20

Local: Boa Vista Data: 31 / 08 / 21


Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167464/21

Vítima: JOSE VALDEMIR PEREIRA

CPF: 112.076.122-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE VALDEMIR PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERICA SILVA FRANCO : 019.877.842-27

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

JOSE VALDEMIR PEREIRA : 112.076.122-00

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: 06/09/2021
Nome: ERICA SILVA FRANCO
CPF: 019.877.842-27

ERICA SILVA FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO