

---

**Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200330481**

**Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

**Data do Acidente: 03/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

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, contados 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, 18 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200330481**

**Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

**Data do Acidente: 03/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	--

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

---

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200330481**

**Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

**Data do Acidente: 03/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

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 03/08/2019, emitido pelo Dr. Fernando Andre Martins Ferreira CRM nº 1643 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORÂIMA, 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: 567.916.582-13 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Gonçalves

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

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Gonçalves 6 - CPF: \_\_\_\_\_  
 7 - Profissão: Serviço Exato 8 - Endereço: R. Av. S. O. P. M. Marsson Rodrigues 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Paraná 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-570  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): 9913-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 3906 CONTA: 0003534 9 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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.

**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 obrigatório

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 RR 07 de Agosto de 2020  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco das Chagas Gonçalves  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 9454/2020 - Registrado em: 23/08/2020 às 22h 54min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 03/08/2019 às 16h 30min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

Logradouro: N-9

Bairro: PINTOLANDIA

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº S/N

CEP

Tipo de local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES(39), nascido(a) em 02/10/1980, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de MOTORISTA, CPF Nº 719.367.772-15, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de MARIA BARBOSA GOMES e , endereço: RUA, cep: 69317-225, Nº: 492, bairro: ALVORADA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99124-6348.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MODELO CG 150 FAN ESDI DE PLACA NUK-8878

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE EU TRABALHO COMO ENTREGADOR DO SUPERMERCADO GAVIÃO, E NO PRESENTE DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ESTAVA DE SERVIÇO NESSE SUPERMERCADO, QUE EU RECEBI O PEDIDO PARA SER ENTREGUE NO ENDEREÇO SITUADO NA RUA N-9, QUE A EMPRESA DISPONIBILIZOU A MOTOCICLETA, MARCA HONDA, MODELO CG 150 FAN ESDI DE PLACA NUK-8878 PARA FAZER ESSA ENTREGA, QUE A ENTREGA ACONTECEU TUDO CERTO, QUANDO NA VOLTA AO SUPERMERCADO NA RUA N-17, ENTRE AS RUA N-13 E A N-11 BAIRRO PINTOLANDIA, UM CACHORRO SAI DE SURPRESA DE UM QUINTAL, QUE NÃO PUDE DESVIAR POIS TUDO ACONTECEU MUITO RÁPIDO, FOI QUANDO EU ATINGIR BRUSCAMENTE O ANIMAL, QUE NESSE MOMENTO FUI ARREMESSADO DE MINHA MOTOCICLETA, SOFREDO ASSIM DIVERSAS LESÕES.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB).

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

JOSÉ R. C. ARAÚJO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 42000432  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES  
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A02

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/09/2020 08:10:52 Data/Hora Fim: 24/09/2020 08:10:52

Origem:

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 03/08/2019 16:30

## Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: N-9

Tipo do Local: Via Pública

Nº: s/n

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

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/10/1980

Idade: 39

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Maria Barbosa Gomes

## Documento(s)

RG: 249716

CPF: 719.367.772-15

## Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANTONIO RIBEIRO DE LIMA

Nº: 492

Bairro: Alvorada

Email: fd0109825@gmail.com

Telefone: (95) 99124-6348 (Celular) (95) 99170-1396 (Celular)

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12

Placa NUK8878

Renavam 01066268760

Número do Motor KC16E8F203453

Número do Chassi 9C2KC1680FR203453

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

Cor VERMELHA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 29/11/2019

Situação do Veículo

RESTRICAO\_BENEFICIO\_TRIBUTARIO\_FILE\_VEICULOS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A02

Nome Envolvido

Francisco de Assis Barbosa Gomes

Envolvimentos

Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

Que o comunicante acima qualificado relata que: "Eu trabalho como entregador do supermercado gavião, e no presente dia e horário acima citado eu estava de serviço nesse supermercado, que eu recebi o pedido para ser entregue no endereço situado na rua n-9, que a empresa disponibilizou a motocicleta, marca honda, modelo cg 150 fan esdi de placa nuk-8878 para fazer essa entrega. que a entrega aconteceu tudo certo, quando na volta ao supermercado na rua n-17, entre as rua n-13 e a n-11 bairro pintolandia, um cachorro sai de surpresa de um quintal, que não pude desviar pois tudo aconteceu muito rápido, foi quando eu atingir bruscamente o animal, que nesse momento fui arremessado de minha motocicleta, sofrendo assim diversas lesões."

QUE o comunicante compareceu nessa UP para aditar/acrescentar/corriger nesse B.O. para fins de garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT; QUE a data do acidente foi informada erroneamente que nesse B.O consta dia e horário do fato, 03/08/2020 - 16:30 horas, sendo este errado, que o correto é 03/08/2019 à 16:30 horas, que para confirmar o presente feito exhibi/apresenta FOTOCÓPIA do seu PRONTUÁRIO MÉDICO do acidente automobilístico (EM ANEXO). É o aditamento/acrécimo/correção.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

## ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Francisco de Assis Barbosa Gomes

Comunicante

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) imco(a) responsável pelas informações acima essentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del 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: 567.916.582-13 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Gonçalves

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

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Gonçalves 6 - CPF: \_\_\_\_\_  
 7 - Profissão: Serviço fixo 8 - Endereço: R. Av. S. O. P. M. Marsson Rodrigues 9 - Número: \_\_\_\_\_ 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: Paraná 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-570  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): 9913-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 3906 CONTA: 0003534 9 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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.

**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 obrigatório

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 RR 07 de Agosto de 2020  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco das Chagas Gonçalves  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Eur Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.907.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5336935 FCAH\*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ RR/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2020	01/07/2020	170	163,57

FRANCISCO DE SOUSA VIEIRA CPF: 00096534427320  
R. ANTONIO RIBEIRO LIMA 49/ 1 - ALVORADA  
CEP: 69.317-225 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	09/06/2020	Anterior:	08/05/2020	Próxima leitura:	09/07/2020
Emissão:	08/06/2020	Apresentação:	09/06/2020	Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	13LD008719	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOTAL	RESERVADO TOTAL	kWh F.PONTA	RESERVADO F.PONTA	kWh INTERMED.	RESERVADO INTERMED.	kWh RESERVADO	RESERVADO
Leit. Atual	8385							
Leit. Anterior	8135							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	170							
Faturado:	170							

DESCRIÇÃO DA CONTA

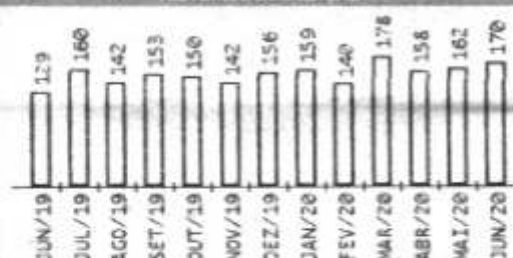
CONSUMO	170 A R\$ 0,755234 =	128,38
CORREÇÃO MONETARIA DA	03/20-00	0,04
CORREÇÃO MONETARIA IG	03/20-00	1,68
MULTA POR ATRASO DE I	03/20-00	1,64
JUROS DE MORA POR ATR	03/20-00	0,36
MULTA POR ATRASO	03/20-00	2,72
JUROS DE MORA DE IMPO	03/20-00	1,81
ILUMINACAO PUBLICA		26,94

OUTRAS INFORMAÇÕES

INFORMAÇÃO DE CONTABILIDADE  
V.P. 170 - 0,511770

Média 12 meses: 152

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/06/2020, em função das contas realizadas nesta fatura. O recibo também poderá apresentar também o inclusão do nome do consumidor no CNPJ. Informações sobre existência de contas vencidas e de realizadas no valor de R\$ 155,45 (ver histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mês Anterior Valor R\$  
05/2020 155,45

LIGUE 0800919122 E PAGUE ATÉ O VENCIMENTO 16/07/2020.

RESERVADO AO FISCO 7788-8885-4145-A200-4010-682F-8F19-F18A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	70,27	DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Iluminação:	30,78	Limite	9,24	18,49	36,99
Transmissão:	0,00	Realizado	2,40		
Encargos:	3,98	FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Perdas:		Limite	8,46	16,92	33,84
		Realizado	2,00		
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Base de Cálculo:	128,38	Limite	4,99	Limite	
ALÍQUOTA	VALOR	Realizado	0,00	Realizado	
ICMS	17,00%				

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

<b>CÓDIGO ÚNICO</b> <b>703494</b>	<b>MÊS</b> <b>03/2020</b>	<b>PERÍODO DE CONSUMO</b> <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
<b>CONSUMO (kWh)</b> <b>675</b>	<b>VENCIMENTO</b> <b>06-APR-20</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 552,25</b>

**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**

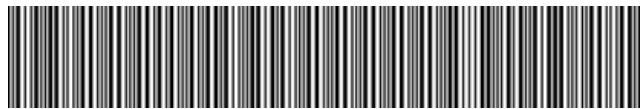
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DÓCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco das Chagas Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.916.582 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Francisco das Chagas Gonçalves

inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.916.582 / 15 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9913-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 10 de Junho de 2020

William Gonçalves Franco

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.

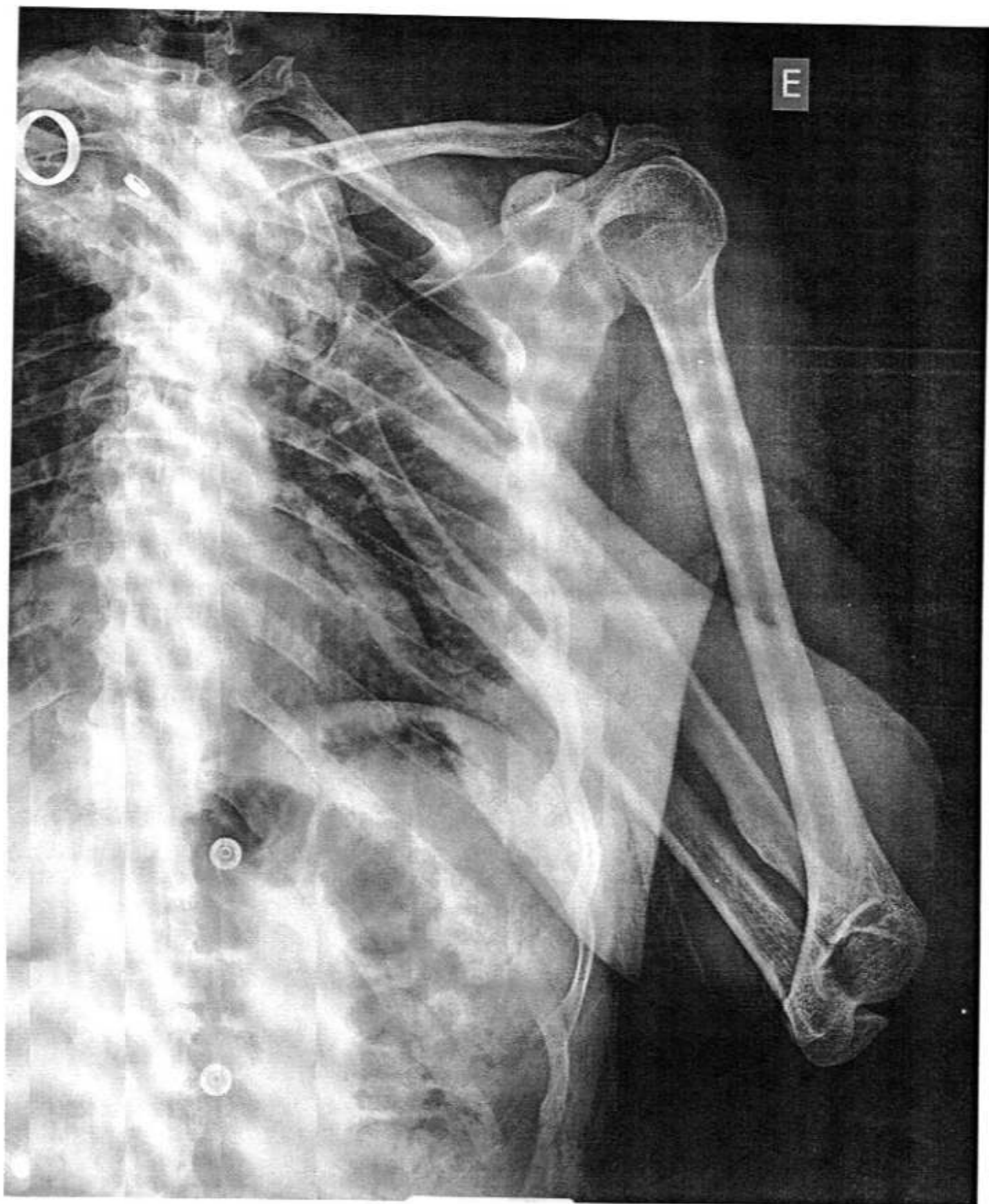
Reclassificação: \_\_\_\_\_  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Daniel L. Salazar

Enfermagem

C.R. 001.058.65 - 15

1901143845	03/08/2019 16:58:50	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	24
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES		02/10/1980	38 A 10 M 1 D	702305135876616	71936777215		
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	249716	RR		M	DIVORCIADO	PARDA	SAO JOSE DE MIPIUBRASILEIRA
Mãe	MARIA BARBOSA GOMES			Pai	JOSE BARBOSA GOMES		
Endereço						Ocupação	
AVENIDA - DOS GARIMPEIROS - 711 - ALVORADA - BOA VISTA - RR						NÃO INFORMADA	
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			WALDEMAR STOCKER			
Queixa Principal							
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
colina contra cachorro							
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Refere ter caído ao andar com cachorro							
Exame Físico							
na mobilização de braco (E)							
Hipótese Diagnóstica							
fratura?							
SADT - Exames Complementares							
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica _____							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
				Dr. Fernando André Martins Francisco Cirurgião Oncologista de Cabeça e Pescoço CRM: 1901143845			
Impresso por: waldemar.stocker				1901143845			
Data Hora: 03/08/2019 16:59:45							



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GUILHERME CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

**SANTA INÊS - MA**

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

825.396.343-20

**AMADEU ROCHA TRIANI**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de Roraima

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260288/20

**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

**CPF:** 719.367.772-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/08/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO DE ASSIS  
BARBOSA GOMES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15**

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: 15/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200330481 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 02/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.1  
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:** 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200330481 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 02/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.1  
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:** 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:

NOME: Franlucio de Assis Barbosa Gomes  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: \_\_\_\_\_  
CPF: 719.367.779-15 ENDEREÇO: R. Antonio Ribeiro Lima 492  
BAIRRO: Alvorada CIDADE: \_\_\_\_\_  
CEP: 69.317-223

VÍTIMA: Franlucio de Assis Barbosa Gomes  
CPF: 719.367.779-15 DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-80  
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalididade a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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, 02 de Junho de 2020

Franlucio de Assis B. Gomes  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260288/20

**Número do Sinistro:** 3200330481

**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

**CPF:** 719.367.772-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/08/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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: 30/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260288/20

**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

**CPF:** 719.367.772-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/08/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO DE ASSIS  
BARBOSA GOMES

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15**

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: 15/09/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO