



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de imposto autorizado pela SIFPAZ 288/13

Para contato
consulte informe
este número

Nº da Nota Fiscal 003598942

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

SEU CÓDIGO

013219-3

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	192	127,01

ANTONIA PEREIRA DA SILVA
R. DOS TRABALHADORES 1209 Q. 750 LT 338 DR. AIRTON ROCHA
CPF: 00063145715291
CEP: 69.318-705 - BOA VISTA

ROT: 15.001.23.16.020200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	8424	Atual:	06/09/2019
Anterior:	8232	Anterior:	08/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06/10/2019
Consumo Medido:	192	Emissor:	05/09/2019
Consumo Faturador:	192	Apresentador:	06/09/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Class/Subclass	Localidade	Número Medidor	Posto
0100000000	BOA VISTA	013219	01

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	224	CONSUMO	30 A R\$ 0,262660 = 7,87
JUL/19	218		70 A R\$ 0,450269 = 31,51
JUN/19	144		92 A R\$ 0,675410 = 62,13
MAI/19	185		
ABR/19	239	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	45,58
MAR/19	218	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,50
FEV/19	164		
JAN/19	147		
DEZ/18	175		
NOV/18	224		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

REVISÃO CADASTRAL 2019 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO UNICO
ATE 15/10/2019 PARA NÃO PAGAR A TARIFA SOCIAL
INFORMAÇÕES PELO TEL: 0800 707 2005
SERVICO 0800 707 2005 E LIGA GRÁTIS VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		Base de Cálculo:	101,51
Distribuição:	26,04	Alíquota ICMS:	17,00%
Energia:	55,20	Valor do ICMS:	17,25
Transmissão:	0,00	Valor do PIS:	0,02
Encargos:	2,86	Valor do COFINS:	
Tributos:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
ES	FE	MA	JU	JU	MA	FE	ES
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	

DISTRITO
ROT: 15.001.23.16.020200
RORAIMA ENERGIA

SEU CÓDIGO 013219-3
MÊS FATURADO
TOTAL A PAGAR - R\$ 127,01
VENCIMENTO

**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: 3914212

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 10/2019	PERÍODO DE CONSUMO 24-SEP-19 a 25-OCT-19
CONSUMO (kWh) 1046	VENCIMENTO 11-NOV-19	TOTAL A PAGAR R\$ 833,48

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 1020749	MÊS 10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 833,48
-------------------------	----------------	-----------------------------

836300000087.334800750005.000000001024.074910190052



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais detalhes, 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.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 COAF².

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correa Dantas
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 631.457.152 / 91
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Pereira da Silva
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 631.457.152 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. General Ottoni - Ilhéu</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309.000</u>
E-mail: <u>liderboaavista.pendencia@bolmail.com</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR 21 de Novembro 2019

Denilze Correa Dantas
 Assinatura do Declarante

H+M**São Francisco****FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO**

Nº de Ordem

48

Data

03.03.19

Hora

10:37

Turno

tarde

Nome Completo

Antônia Pereira da Silva

Sexo

M

F

Data de Nascimento

12.11.75

RG

4309081

Fone

99205-8716

Rua

Chile 920

Nº

01

Bairro

V. do Sello

Cidade

Novo Rep.

UF

RS

Motivo do Atendimento

Nome do Pai

Cícero P. da Silva

Nome da Mãe

M. Alves P. da Silva

Pressão Arterial

Peso

Altura

Peso

Possui alergias medicamentosas

(x) sim

() não

Possui alguma doença crônica

() sim

(x) não

Faz uso de medicação controlada

() sim

(x) não

História Clínica e Procedimento:

Idioma português. M. capote, den. int. no torçõlo E.

Depressão o/cm fm
cataplexia o/cm fm
Rx torçõlo E.

Classificação do Risco de Enfermeiro: () emergência () urgência () pouco urgente () não urgente

Médico

Enfermeiro

Téc. Enfermagem



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO REPARTIMENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

DO: Hosp. São Francisco - Novo Repartimento / PA.
AO: Hosp. Regional - Parauatins, PA.
NOME: Antônio A. D. Silva
IDADE: 43a. SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteiro
OCUPAÇÃO PROFISSIONAL: NATURALIDADE:
RESIDÊNCIA: ZONA:
RESPONSÁVEL: PARENTESCO:
ENDEREÇO: FONE:

MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

QUEDA DE MOTO

QUEIXA PRINCIPAL:

TEMPO DE DOENÇA (INÍCIO): 1 / 1

SINAIS E SINTOMAS

INICIAIS:

QUEDA DE MOTO

ATUAIS:

FORMA

SÚBITO:

☐

RÁPIDO:

☒

INSIDIOSO:

☐

LENTO:

☐

1. DIAGNÓSTICO:

fratura + luxação.

D. DIFERENCIAL:

T. REALIZADO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

AN ORTOPEDIA

John Sinema Nyang'an
CARDIOLOGIA
CRM/PA 1379

DATA:

03/19

Médico / CRM

RECEITUÁRIO

Nome: _____

LAUDO MÉDICO:

A Sra. *Antônio Pereira da Silva*
foi submetida ao tratamento cirúrgico
do fêmur do membro superior
direito esquerdo. Após a inter-
venção o membro foi imobilizado
com gesso por período de
140 (cento e quarenta) dias.

7 5-826

Dr. *Onilton A. de Oliveira*
Ortopedia / Traumatologia
CRM 12.0319

12-03-19

DATA

ASSINATURA - CRM

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTÃO DE TRABALHO E REFERÊNCIA SOCIAL

190.09330.60-8

1799399 0040 RR

Antônia Pereira da Silva




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ANTÔNIA PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO: CICERO PEREIRA DA SILVA
MÁRIA ALVES PEREIRA DA SILVA
SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 12/1/1976

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: APARECIDA DE GOÂNIA - GO

DOCUMENTO: R.G. 4309081 SESP RR 2609/2011

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 031.457.152-01

TIT. ELEITOR: 032451951541

CNH: 006

SEÇÃO: 0133

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 11/03/2014

Antônio da R. Pereira Alves Coelho

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____

DOCUMENTO

NOOME

DOCUMENTO

NOOME

DOCUMENTO

NOOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERDIÇÃO G - DATA DE NASCIMENTO

B - SUP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - QUALIFICAÇÃO VOLUNTÁRIA

08

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PA Nº 014081151748
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 000 RENAVAM: 01 0117111851-9 EXERCÍCIO: 2018

NOME: DENILTON DA CONCEIÇÃO BORGES

CPF/CNPJ: 008.086.672-70 PLACA: GET4458

PLACA INT/UF: 9C2JB0100JR079558

ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLETO COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I ANO FAB: 2018 ANO MOD: 2018

CAP/POT/POL: 2970LY/105CC CATEGORIA: PARTIAL COR PRIMORDIANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º PAGO X

PARCELAMENTO/COTAS: 2º PAGO X 3º PAGO X

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): * PAGO * ICOP (R\$): * PAGO * PRÊMIO TOTAL (R\$): * PAGO * DATA DE PAGAMENTO: 08/11/2018

X. PLANO DE CONSORCIO NACIONAL BOMBA LULA
BIXOS:0 CC:0,0 CHT:0,0 PBT:0,24

NOVO REPARTIMENTO-PA DATA: 23/11/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAQ. SEGURO DPVAT

PA Nº 014081151748 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 23/11/18

VEICULO: 01 CPF/CNPJ: 008.086.672-70 PLACA: GET4458

RENAVAM: 0117111851-9 MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I

ANOS FAB: 2018 COR PRIM: 09 9C2JB0100JR079558

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$): 13,55 DESAVAN (R\$): 1,51 CUSTO DO SEGURO (R\$): 15,06

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOF (R\$): 0,13 TOTAL A SER PAGO (R\$): 34,39

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 08/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.606/0001-04

0730010 1A 001 00053

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190668625 **Cidade:** Novo Repartimento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA TORNOZELO ESQUERDO COM PSEUDOARTROSE, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO-EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. NÃO RECORDA DA DATA DA ALTA. EVOLUIU COM SEQUELAS FUNCIONAIS.

Sequelas permanentes: INVALIDEZ PARCIAL / TORNOZELO ESQUERDO: 50% DE 25%.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190668625

Cidade: Novo Repartimento

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 03/03/2019

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA.
DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA TORNOZELO ESQUERDO COM PSEUDOARTROSE, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO-EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. NÃO RECORDA DA DATA DA ALTA. EVOLUIU COM SEQUELAS FUNCIONAIS.

Sequelas permanentes: INVALIDEZ PARCIAL / TORNOZELO ESQUERDO: 50% DE 25%.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190668625 **Cidade:** Novo Repartimento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190668625 **Cidade:** Novo Repartimento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ANTÔNIA PELEIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: VIÚVA
PROFISSÃO: DOMESTICA RG: 4309081 CPF: 631.457.152-91
ENDEREÇO: AV. DOS TRÊS BARRIÕES, 1209 B: 41º LOCA

VÍTIMA: ANTÔNIA PELEIRA DA SILVA
CPF: 631.457.152-91 DATA DO ACIDENTE: 03/03/2019
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.

Por Vista no, 26 de SETEMBRO de 2019



X Antônia Peleira da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425073/19

Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA

CPF: 631.457.152-91

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: ANTONIA PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

ANTONIA PEREIRA DA SILVA : 631.457.152-91

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: 29/11/2019
Nome: ANTONIA PEREIRA DA SILVA
CPF: 631.457.152-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

ANTONIA PEREIRA DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190668625

Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA PEREIRA DA SILVA

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190668625

Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIA PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190668625

Vítima: ANTONIA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANTONIA PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **0000010111-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190668625
Nome do(a) Examinado(a):	ANTONIA PEREIRA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA DOS TRABALHADORES 1209 QD 750 LT 338 DR. AIRTON ROCHA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	631.457.152-91
Data e local do acidente:	03/03/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 09/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMATISMO NO TORNOZELO E

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSINTESE, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, NÃO RECORDA DA DATA DA ALTA

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

TORNOZELO E: PSEUDOARTROSE + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

TORNOZELO E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO E

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

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: 631.457.152-91 4 - Nome completo da vítima: Antônio Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Antônio Pereira da Silva 6 - CPF: 631.457.152-91

7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua dos Trabalhadores 9 - Número: 1209 10 - Complemento: 750 Lt. 338

11 - Bairro: Dir. Anton Rocha 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-705

15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 99117-5392

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: ☒ RECUO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Sorteio para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 10111 2

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vivo 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 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 19 Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021079/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/09/2019 12:34 Data/Hora Fim: 27/09/2019 12:35
Origem: Polícia Judiciária Data: 16/07/2019
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/03/2019 15:00

Local do Fato

Município: Novo Repartimento (PA)
Logradouro: Panamá

Bairro: Vale do Sol III

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIA PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: GO - Aparecida de Sexo: Feminino Nasc: 12/11/1975
Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Alves Pereira da Silva Nome do Pai: Cicero Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 631.457.152-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Dos Trabalhadores Nº: 1209
Complemento: Casa
Bairro: Dr. Ailton Rocha
Telefone: (95) 99143-4435 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 008.086.672-70	Placa QET-4458
Renavam 01171118519	Número do Motor JB01E0J079582
Número do Chassi 9C2JB0100JR079558	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor BRANCA	UF Veículo Pará
Município Veículo Novo Repartimento	Marca/Modelo HONDA/POP 110I
Modelo HONDA/POP 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonia Pereira da Silva	Possuidor



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021079/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava como passageira na garupa da motocicleta também devidamente já descrita acima e que era conduzida/pilotada por seu companheiro/namorado DENILTON CONCEIÇÃO BORGES, CPF 008.086.672-70, proprietário da motocicleta. Que em determinado momento a motocicleta derrapou e ambos caíram, vindo a comunicante sofrer lesões corporais. Que foi socorrida por uma equipe do SAMU até uma Unidade Hospitalar daquele Município. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia

Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento

DAT

22 SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Antonia Pereira da Silva

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações e assinaturas aqui, e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do(a) origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúnciação Caluniosa e 340 Contradição e 341 de Crime ou de Contradição 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: 631.457.152-91 4 - Nome completo da vítima: Antônio Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Antônio Pereira da Silva 6 - CPF: 631.457.152-91

7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua dos Trabalhadores 9 - Número: 1209 10 - Complemento: 750 Lt. 338

11 - Bairro: Dir. Anton Rocha 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-705

15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 99117-5392

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: ☒ RECUO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Sorteio para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 10111 2

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vivo 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 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 19 Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000010111-2

Nr. da Autenticação 970D4B93DA506C73