
Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676271

Vítima: MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190676271 Vítima: MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos laudos dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foram entregues. Não é necessário apresentar as películas/chapas dos exames.
--------------------------------	--

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.

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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676271

Vítima: MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

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 15/08/2019, emitido pelo Dr. MAXEMILIANO JOSE SOUTO MAIOR CRM nº 695 - RR, da Instituição CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA, 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:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

11 - Bairro:

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 0019482

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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 (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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não autografado

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

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
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041530/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 09:41

Data/Hora Fim: 25/11/2019 10:02

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/07/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Tancredo Neves

Logradouro: RUA BELARMINO FERNADO MAGALHÃES

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA CRISTINA VITAL NASIMENTO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 02/01/1975

Profissão: Operador de Caixa

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Faustina Lourdes Vital

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA BELARMINO FERNANDES MAGALHÃES

Nº: 1479

Bairro: TANCREDO NEVES

Nome Civil: WILLIAM GONÇALVES FRANCO (COMUNICANTE , PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Santa Inês

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Maria do Rosário Gonçalves Franco

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CC - 11

Nº: 294

Bairro: LAURA MOREIRA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 591.079.952-53	Placa NUK2358
Renavam 00483994600	Número do Motor F491-BR220764
Número do Chassi 9CDNF41AJDM403569	Ano/Modelo Fabricação 2013/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 125



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041530/2019

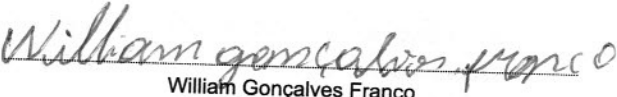
Modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/08/2012	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Cristina Vital Nasimento	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE E PROCURADOR COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, A VÍTIMA MARIA CRISTINA CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA RUA BELARMINO FERNADES MAGALHÃES, QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO BATEU COM A MOTOCICLETA EM UM BURACO NA VIA E CAIU, VINDO A MOTOCICLETA A FICAR POR CIMA DA CONDUTORA. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL POR TERCEIROS. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A FÍBULA DA PERNA ESQUERDA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS


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


William Gonçalves Franco
(Comunicante / Procurador)

"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."





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041530/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 09:41

Data/Hora Fim: 25/11/2019 10:02

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/07/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Tancredo Neves

Logradouro: RUA BELARMINO FERNADO MAGALHÃES

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA CRISTINA VITAL NASIMENTO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 02/01/1975

Profissão: Operador de Caixa

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Faustina Lourdes Vital

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA BELARMINO FERNANDES MAGALHÃES

Nº: 1479

Bairro: TANCREDO NEVES

Nome Civil: WILLIAM GONÇALVES FRANCO (COMUNICANTE , PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Santa Inês

Sexo: Masculino

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Maria do Rosário Gonçalves Franco

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CC - 11

Nº: 294

Bairro: LAURA MOREIRA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 591.079.952-53	Placa NUK2358
Renavam 00483994600	Número do Motor F491-BR220764
Número do Chassi 9CDNF41AJDM403569	Ano/Modelo Fabricação 2013/2012
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 125



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041530/2019

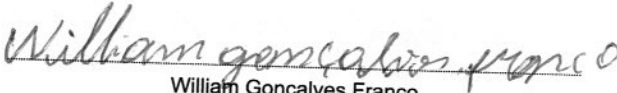
Modelo JTA/SUZUKI INTRUDER 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/08/2012	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria Cristina Vital Nasimento	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE E PROCURADOR COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, A VÍTIMA MARIA CRISTINA CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA RUA BELARMINO FERNADES MAGALHÃES, QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO BATEU COM A MOTOCICLETA EM UM BURACO NA VIA E CAIU, VINDO A MOTOCICLETA A FICAR POR CIMA DA CONDUTORA. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL POR TERCEIROS. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A FÍBULA DA PERNA ESQUERDA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS


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


William Gonçalves Franco
(Comunicante / Procurador)

"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:

585 302 402 78

4 - Nome completo da vítima:

Maria Cristina Vital Nascimento

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

5 - Nome completo:

Maria Cristina Vital Nascimento

6 - CPF:

585 302 402 78

7 - Profissão:

Serviço geral

8 - Endereço:

Belém - Fernando Mendes

9 - Número:

1479

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Parque Verde

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-482

15 - E-mail:

991133885

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 (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:

0693

CONTA:

0017482

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 (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Viúvo

☐ Outro

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 (ou nascos)?

☐ 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 da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista

Maria Cristina Vital Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CNPJ: 05.939.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.555.428-3
RUA NELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

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

Matrícula: 242560

Outubro/2019

Dados do Cliente:

SEBASTIAO NASCIMENTO

Endereço para entrega:

RUA BELARMINO FERNANDES MAGALHAES, 1479
- TANCREDO NEVES BOA VISTA RR 69013-485

Inscrição

001.014.162.0348.000

Rota

9

Seq.Rota

1761

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

Y125471183

Data de Instalação

30/11/2012

Situação Água

CORTADO

Situação Esgoto

POTENCIAL

LEITURA FAT. 1000

ATUAL 1010

CONSUMO (m3) 10

NUM DE DIAS 28

LEITURA INF.

DT. LEITURA 19/09/2019 17/10/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201909 10-17

201908 10-17

201907 10-17

201906 10-17

201905 10-17

201904 10-17

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	199	199	199	199	199
CONFORMES	199	199	199	199	199

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3 23,83

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 08/2019

0,47

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR

24,30

AVISO: EM 30/09/2019 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
242560	10/2019	15/11/2019	24,30

826900000000-9 24300004001-0 00024256001-9 10201970003-2



IMPRESSO EM: 17/10/2019 07:38:14

Via do Cliente

Via do CAERR

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

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

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

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

ROT: 7.001.28.01.291200

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

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	1TEDB06955 M	1471801	1.1.1.2	233

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,64602 = 204,14
MAI/19 212	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 148,63
O valor devido para o mês de junho de 2019 é de R\$ 148,63. Este valor deve ser pago até o dia 06/07/2019. Caso contrário, serão aplicadas multas e juros de mora. Para mais informações, consulte o site www.roraimaenergia.com.br ou ligue 08007019120.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 JUL 16 21 26

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

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,55			13,00			1,13

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200



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

SEU CÓDIGO

0070349-4

TOTAL A PAGAR - R\$

237,56

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

06/08/2019

Nº da Nota Fiscal:

003301566 FCAM

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gomealves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mario Cristiano Jital Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.302402/78 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mario Cristiano Jital Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.302402/78, 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>CC 11</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Moura</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69318050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>991133855</u>

Boa Vista, 22 de novembro de 19
Local e Data

William Gomealves 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.

1901135918 15/07/2019 10:51:51 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 15

Paciente **MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO** Data Nascimento **02/01/1975** Idade **44 A 6 M 13 D** CNS **701100045616010** CPF **58530240278** Prontuário
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **122391** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **09/03/1199** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **FAUSTINA LOURDES VITAL** Pai **SEBASTIAO NASCIMENTO** Contato **(95) 99127-4866**
Endereço **RUA - BERLARMINO FERNANDES MAGALHAES - 1471 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Validade **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Autorização **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Sis Prenatal **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **DEMANDA ESPONTANEA** Registrado por: **KERYLEN.LORRAYNA**

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

Acidente de moto.

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 - ____:____h)
Pct relata que caiu de moto após passar em um buraco. Moto caiu em cima da paciente e ela bateu a perna.

Exame Físico
Relata dor em perna e pé (E). BEG, LOTE, AAA, eupneico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Tenoxicam 40mg EV
Dipirone 1g EV

12:18
Diana Conceição Santos
Téc. de Enfermagem
CRP 1.247.491

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

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

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: **Ortopedia e Traumatologia**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: kerylen.lorrayna
Data Hora: 15/07/2019 10:52:35

© 2019
SOTEC - Soluções em Tecnologia
Rua - Indaia em Saúde
Vila - 42.30 - 01.06.32

Dr. Fernando André Martins Fomela
Cirurgião Otorrinolaringologista
Cabeça e Pescoço
CRM 12.474-9



1901135918

Not intended for official interpretation.

MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

PACS-2646624580

CIERNA

7/15/2019

11:41 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NXRAIOXusuário

- kV, - mAs

Zoom 100%

E



SID mm

L 128

W 256

Not intended for official interpretation.

MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO
PACS-2646624580
PIERNA
7/15/2019
11:40 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NX/RAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%



SID mm

L 128
W 256

Not intended for official interpretation.

MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

PACS-2646624580

PIERNA

7/15/2019

11:43 AM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator ND/RAIOX/usuario

- kV, - mAs

Zoom 100%



SID mm

L 128
W 256

E



21/08/2019

70,8 %

MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENT 9437

HOSPITAL CORONEL MOTA



21/08/2019

82,5 %

Vilson



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME

Ulysses

RECIBO

VITAL ASSUNTOS

DOENTE: ULYSSES
VITÓRIA ZELO (MOM)
15/07/19

CONSTRUÇÃO
GESSO

APROSSAMENTO DE
PISO SEMINOS

15/08/19

Dr. Mar Souto Major
Ortopedia e Traumatologia
Medicina de Trânsito
CRM-RR 695
RQE 484 RQE 695
Assistência a Comunidade

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 838 - Centro-Bos Vista RFI
CEL: 60.301.150 - CNPJ 04.013.400/0001-00



00965703

00009010408
00965703

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

PROIBIDO PLASTIFICAR

REGISTRO GERAL **122391** **DATA DE EXPEDIÇÃO** **11/09/2019**

NOME **MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO**

FILIAÇÃO SEBASTIÃO NASCIMENTO
FAUSTINA LOURDES VITAL

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 5197 FLS 126-VJVA-4
OF BOA VISTA-RR

CPF 585.302.402-78

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO **02/01/1975**

AMADEU ROCHA TRIANI
Secretário de Estado da Segurança Pública

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Polegar Direito

Maria Cristina Vital Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROIBIDO PLASTIFICAR

REGISTRO GERAL **122391** **DATA DE EXPEDIÇÃO** **11/09/2019**

NOME **MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO**

FILIAÇÃO SEBASTIÃO NASCIMENTO
FAUSTINA LOURDES VITAL

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 5197 FLS 126-VJVA-4
OF BOA VISTA-RR

CPF 585.302.402-78

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO **02/01/1975**

AMADEU ROCHA TRIANI
Secretário de Estado da Segurança Pública

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William gonçalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA 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 ORIGEM CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IIC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 011598461731

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODD-RENAVAM RNTTC EXERCÍCIO
01 00483992600 2016

NOME MARIA HELENA VITAL NASCIMENTO

CPF / CNPJ

PLACA RR

591.079.932-33

CHASSI

PLACA ANT/UF

9CONE41A9JDD903569

ESPECIE/TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLETA/BIELIC

ANOSULINA

MARCA/MODELO

OTA/SUZUKI INTRUDER 125

ANO FAB 2012

CAP / POT / CL

CATEGORIA

COA PREDOMINANTE

28/0125CC/

PARTICU

PRETA

1 COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1º VENC. / COTAS

P *FAB0*

FAB0

1º *****

V FAIXA LEVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º *****

A ** PAGO COTA ÚNICA **

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

04/11/2016

SEGURO

04/11/2016

SEM RESERVA DE DÍMÍNIO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRAFERENCIA

DATA

04/11/2016

Director-Presidente

DETRAN/RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011598461731 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatSegurodoTransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2016 04/11/2016

CPF / CNPJ

PLACA

591.079.932-33

CHASSI

00483992600

MARCA/MODELO

OTA/SUZUKI INTRUDER 125

ANO FAB 2012

9CONE41A9JDD903569

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$129.04

IOF (R\$)

R\$1.11

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$129.04

DATA DE OUTRGO

R\$129.04

04/11/2016

R\$129.04

PARCELADO

R\$129.04

DATA DE OUTRGO

R\$129.04

04/11/2016

R\$129.04

04/11/2016

R\$129.04

04/11/2016

R\$129.04

04/11/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.Seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

564054

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432225/19

Vítima: MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

CPF: 585.302.402-78

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Titular do CPF: MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MARIA CRISTINA VITAL NASCIMENTO : 585.302.402-78

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: 04/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676271 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CRISTINA VITAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS
NASCIMENTO S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676271 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CRISTINA VITAL **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS
NASCIMENTO S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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