

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190538800 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES **Data do acidente:** 15/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P-1

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: X

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



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.

C. Enfermagem

N-RR 001.058.491-TT

1901097619 15/04/2019 12:35:18 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 16

Paciente **LUIZ PRAXEDES FERNANDES** Data Nascimento **16/10/1957** Idade **61 A 5 M 30 D** CNS **95553789834** CPF **95553789834** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **BERNARDINA HENRIQUE BEZERRA** Pai **FRANCISCO PRAXEDES FERNANDES** Contato **(95) 99154-0614**
Endereço **RUA - VICINAL 3 SAMAUMA - SN - - MUCAJAI - RR** Ocupação

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

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de DengueAnamnese de Enfermagem **GSC** **TOTAL**
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
TRAUMA CONTUSO EM OMBRO D.Exame Físico **DOENÇA PREEXISTENTE**
AV + SMM + GMMHipótese Diagnóstica **TRAUMA**
CS. VERDEO GROSSOSADT - Exames Complementares
☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **SALA DE PROCEDIMENTOS**
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **11/11/19**

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **1**

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: cassio.lima
Data Hora: 15/04/2019 12:35:43

© 2019
GO/TECH - Solução em Tecnologia
CNPJ - 06.908.012/0001-90
Insc. Est. - 15.088.012-01

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 1843



1901097619

18 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



LUIZ PRAEDES FERNANDES

SECRETARIA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

189682

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

29/08/2017

LUIZ PRAEDES FERNANDES

FRANCISCO PRAEDES FERNANDES
BERNARDA HENRIQUE BEZERRA

CARAÚBAS - RN

CERTIDÃO 2 FLS 68/34 LIV B-04/UX
CARAÚBAS - RN

955.537.898-34
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIA(4)
Pessoa Física (CPF nº 000.000.000-00)

16/10/1957

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

18 SET. 2019

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. / COND. ESPECIAL: 214807 SSP RJ

CPF: 383.051.512-04 DATA DO DOCUMENTO: 07/04/1978

PRACAO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO: ☒ COND. ESPECIAL ☐ ACC ☐ CATEG. AB

N.º REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 HABILITACAO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *[Signature]*

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO: 30/01/2015

FISCALINO RESPONSÁVEL PELA EMISSAO: 92485240616
 ASSINATURA DO FISCAL: RR207968020

DE JUAN RORAIMA

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR 980151096

18 SET. 2018



3602723

Segunda Via

RORAIMA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAL ENE GARCEZ 091

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ 02.341.470/0001-44 IE: 240.70223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

LUIZ PRAXEDES FERNANDES

AV 7 DE ABRIL,

CENTRO -

CEP 69.000-000 - CAMPOS NOVOS - RR

CPF 955.537.898-34 RG 189682 SSP

Roteiro: 038.03.01.115000

Código Único

0525903-7

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
06/09/2019	09/08/2019	09/09/2019	10/10/2019	31	09/09/2019	09/2019
Cod. Fat	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.1	Residencial Normal	Monofasica		Taxado Em For		
Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur	NPL	Cons Medido	Cons Faturado
	0	0				30

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2019	0		Consumo 30 kWh a 0,766106	2,29830	22,98
07/2019	0	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		6,00
06/2019	0				
05/2019	0	Encargos			
04/2019	0	Tributos			
03/2019	0				
02/2019	0				
01/2019	0				
12/2018	0				
11/2018	0				
10/2018	30				
09/2018	0				

Média 12 meses 2

Pis/Pasep - 0,00

Cofins 0,1407 % - 0,03

Indicadores de Continuidade: 07/2019					Contas em Débito							
Cj	107 -	at	R\$ 0,00		Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2019	0	26/08/2019	29,18	07/2019	0	26/07/2019	28,93
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	06/2019	0	26/06/2019	29,20	05/2019	0	26/05/2019	28,93
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	04/2019	0	26/04/2019	29,72	03/2019	0	26/03/2019	29,22
DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00	Há mais 26 Conta(s)			Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 719,81				

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 127V Faixa Adequada - 116 a 133V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS	Vencimento	Valor a Pagar
22,98	17,00	3,90	26/09/2019	R\$ 28,98

Reservado ao Fisco: 744E 75FE DA84 B71E 5286 F09B ED3A 6E21



RORAIMA ENERGIA S.A.

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária. Código para débito automático: 0525903-7

UC	Mês Faturado	No. FD	TC	Vencimento	Valor a Pagar
05259037	09/2019	00	6	26/09/2019	R\$ 28,98

8369000000 8 28980075000 1 00000000525 6 90370919006 5



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/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.

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

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383 051 512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IQUIZ Proxectos Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.537.898 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da Vítima IQUIZ Proxectos Fernandes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.537.898 / 34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

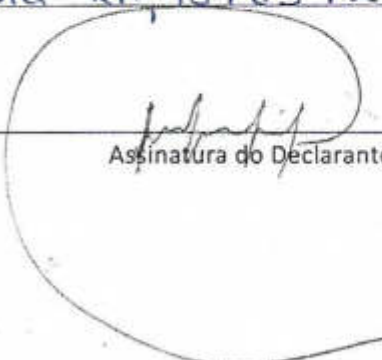
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ 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 Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 18/09/2019


Assinatura do Declarante

18 SET. 2019



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: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS 69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

assinatura manômetro



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.

1901097619 15/04/2019 12:35:18 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 16

Paciente **LUIZ PRAXEDES FERNANDES** Data Nascimento **16/10/1957** Idade **61 A 5 M 30 D** CNS **95553789834** CPF **95553789834** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **PAAR / PSFE** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **BERNARDINA HENRIQUE BEZERRA** Pai **FRANCISCO PRAXEDES FERNANDES** Contato **(95) 99154-0614**
Endereço **RUA - VICINAL 3 SAMAUMA - SN - - MUCAJAI - RR** Ocupação

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

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

Anamnese de Enfermagem **GSC** **TOTAL**
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
TRAUMA CONTINÚO EM OMBRO D.

Exame Físico **DOENÇA PREEXISTENTE**
AV + SMM + GMM

Hipótese Diagnóstica **TRAUMA**
CS. VERDEO GROSSO

SADT - Exames Complementares
☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**
1

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **SALA DE PROCED.**
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: **11/11/11**

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**
Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 1843
Impresso por: cassio.lima
Data Hora: 15/04/2019 12:35:43
1901097619

18 SET. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027647/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2019 12:34 Data/Hora Fim: 04/12/2019 12:44
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 15/04/2019 10:05

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)
Logradouro: VICINAL SAMAUMA

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ PRAXEDES FERNANDES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Caraúbas Sexo: Masculino Nasc: 16/10/1957
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Bernarda Henrique Bezerra

Endereço

Município: Mucajaí - RR
Logradouro: VICINAL 3
Bairro: ZONA RURAL

Nº: S/Nº

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 002.545.102-21	Placa NAI-8189
Renavam 00149331770	Número do Motor JC25E-W193620
Número do Chassi 9C2JC250WWR193620	Ano/Modelo Fabricação 1998/1998
Número da Carroceria 0	Cor AZUL
UF Veículo Roraima	Município Veículo Mucajaí
Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN	Modelo HONDA/CG 125 TITAN
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luiz Praxedes Fernandes	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia MOTOCICLETA HONDA/CG 125 DE COR AZUL a qual o comunicante não sabe informar a placa e seguia pela Vicinal Samauma QUANDO a

Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 04/12/2019 12:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027647/2019-A01

corrente da motocicleta travou fazendo com que o comunicante sofresse uma queda. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.

O COMUNICANTE/VÍTIMA SENHOR LUIZ COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR PARA FINS DE SEGURO DPVAT, A PLACA DA MOTOCICLETA QUE CONDUZIA NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS, NAI-8189, QUE ESTÁ EM NOME DE CÉLIO DOS SANTOS DA SILVA. É o aditamento/acréscimo.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42900908
Responsável pelo Atendimento



LUIZ PRAXEDES FERNANDES
Luiz Praxedes Fernandes
(Vítima / Comunicante)

"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-Denúncia 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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	955.537.893-34	Luiz Praxedes Fernandes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Luiz Praxedes Fernandes		955.537.893-34	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Ricinal 02 Samambaia		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rural		RR	
E-mail:	Tel.(DDD):		
IL01RRR@HOTMAIL.COM	(051) 38403-5060		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: <u>Itaú</u>	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
		6953	25192
* (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.

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 do 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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: ☐ Falecidos: ☐	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	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.

Local e Data: Bonito - RR 18/09/2019
 Nome: Luiz Praxedes Fernandes
 CPF: 955.537.893-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

LUIZ PRAEDES FERNANDES
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

18 SET. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO,



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
11º RISP - SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO XINGU
22ª SECCIONAL URBANA



Ofício nº 213/2019/GAB/22ªSECC/-SRX

A Sua Senhoria

GERENTE

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT - SA

CNPJ 09.248.608/0001-04

Rua da Assembleia nº 100, 26º andar, Centro,

Rio de Janeiro - RJ - CEP 20011-904.

Assunto: **Carimbo em Boletim de Ocorrência**

Senhor(a) Gerente,

1. Pelo presente expediente, **INFORMO** a Vossa Senhoria, que diversas vítimas de acidentes de trânsito procuram a 22ª Seccional Urbana a respeito da exigência da Seguradora Líder de carimbo e assinatura da Autoridade Policial em boletins de ocorrências registrados neste colendo Órgão.
2. Ocorre que boletim de ocorrência policial, é um ato unilateral de notícia de crime, isto é, o noticiante relata fatos verdadeiros ou falsos e o registrador (servidor policial, servidor administrativo e/ou colaborador) lança na plataforma digital "Sisp Web 2" da Polícia Civil do Estado do Pará, sendo proscrito a negativa do registro ao usuário. Nesta esteira, não existe previsão legal que determina "carimbo" em boletim de ocorrência, pois trata-se de um documento físico/digital e a autenticidade é verificada na plataforma digital (Sisp Web) por meio de código verificador (número do BOP).
3. Ademais, a Autoridade Policial (delegado de polícia civil) não é obrigada a assinar e carimbar um documento (boletim de ocorrência) que não confeccionou. Dessa forma, salientamos que a exigência em testilha, embaraça a prestação do serviço ao usuário da polícia civil e por não ter amparo legal não pode ser cumprida.

Respeitosamente,

MHOAB KHATAN AZEVEDO LIMA

Delegado de Polícia Civil

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	955.537.893-34	Luiz Praxedes Fernandes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Luiz Praxedes Fernandes		955.537.893-34	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agricultor	Ricinal 02 Samauma		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Rural		RR	
E-mail:	Tel. (DDD):		
LOI RRR@HOTMAIL.COM	(95) 98403-5060		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Itaú

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 25192

(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.

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 do 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Boa Vista - RR 18/09/2019

Nome: Luiz Praxedes Fernandes

CPF: 955.537.893-34

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

LUIZ PRAXEDES FERNANDES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

18 SET. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO,

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190-538800 3 - CPF da vítima: 955.537.893-34 4 - Nome completo da vítima: Luiz Pinheiro de F. Fernandes

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

5 - Nome completo: Luiz Pinheiro de F. Fernandes 6 - CPF: 955.537.893-34
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Av. 07 de Abril 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Campos Novos 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.000-006
15 - E-mail: FLOTRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98403-5060

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)
AGÊNCIA: CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 25192 0
(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: 4
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 (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Beclisto-RR, 10/01/2020

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: 027647/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2019 11:11 Data/Hora Fim: 28/08/2019 11:21
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 15/04/2019 10:05

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)
Logradouro: VICINAL SAMAUMA

Bairro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ PRAXEDES FERNANDES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Caraúbas
Profissão: Agricultor
Nome da Mãe: Bernarda Henrique Bezerra

Endereço

Município: Mucajaí - RR
Logradouro: VICINAL 3
Bairro: ZONA RURAL

Nº: S/Nº

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

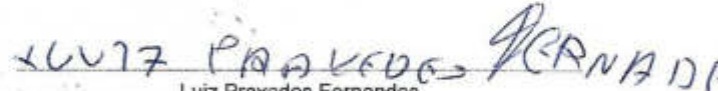
Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia MOTOCICLETA HONDA/CG 125 DE COR AZUL a qual o comunicante não sabe informar a placa e seguia pela Vicinal Samauma QUANDO a corrente da motocicleta travou fazendo com que o comunicante sofresse uma queda. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612
Agente de Polícia
Matrícula 4200612
Responsável pelo Atendimento


Luiz Praxedes Fernandes
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

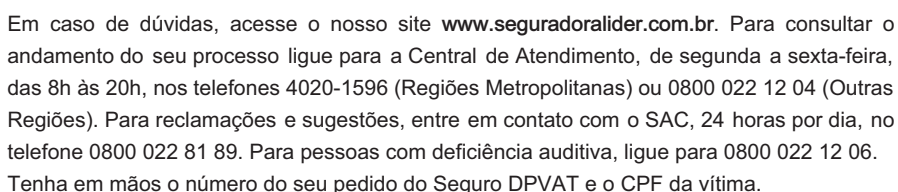


Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 28/08/2019 11:21
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

18 SET. 2019



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190538800

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

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 15/04/2019, emitido pelo Dr. FERNANDO ANDRE MATINS FERREIRA CRM nº 1043 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190538800 Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Data do Acidente: 15/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.

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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190538800

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190538800

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.

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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190538800

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323810/19

Número do Sinistro: 3190538800

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

CPF: 955.537.898-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

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 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: 23/10/2019
Nome: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES
CPF: 955.537.898-34

LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323810/19

Número do Sinistro: 3190538800

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

CPF: 955.537.898-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LUIZ PRAXEDIS FERNANDES : 955.537.898-34

Autorização de pagamento

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: 13/01/2020
Nome: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES
CPF: 955.537.898-34

LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Luiz Praxedes Fernandes
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	189682
ENDEREÇO:	Vicinal 02. Samauma

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 15/04/2019, cobertura Invalidez, vítima: Luiz Praxedes Fernandes.

Boa Vista - RR 28/08/2019

18 SET. 2019

LOCAL E DATA



LUIZ PRAEDES FERNANDES

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323810/19

Vítima: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

CPF: 955.537.898-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/04/2019

Titular do CPF: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

LUIZ PRAXEDIS FERNANDES : 955.537.898-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: LUIZ PRAXEDIS FERNANDES
CPF: 955.537.898-34

LUIZ PRAXEDIS FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO