
Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255220

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 03/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO DE ARAUJO 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200255220

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 03/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

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 04/04/2020, emitido pelo Dr. LAEL DOS SANTOS DA SILVA CRM nº 2015 - 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



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:

736.485.822-91

Alexandre de Araújo 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: 6 - CPF:

Alexandre de Araújo Silva

736.485.822-91

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Motorista

Rua: Foz do Iguaçu

914

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Equatorial

Bom Vista

RR

69.317-330

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

franciscosmorcimento@hotmail.com

(99) 99131-1149

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: 4252 CONTA: 0000 80 84 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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, Bom Vista - RR, 17 de Junho de 2020.

Alexandre de Araújo Silva

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
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012887/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/04/2020 00:44 Data/Hora Fim: 04/04/2020 01:09
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 018199 Data: 03/04/2020
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 03/04/2020 21:51

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Raiar do Sol
Logradouro: ESTRELA DALVA COM MONTE SINAI

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 30/09/1980	Idade: 39 anos
Naturalidade: MA - Imperatriz	Profissão: Motorista		
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Maria Lucia de Araujo Silva	Nome do Pai: Antonio Noqueira da Silva		

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 232602

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Genézio Alcimiro Lopes Nº 361 Bairro: Sen. Hélio Nº: 361
Bairro: senador helio campos

Nome Civil: JEFFERSON JAIRO DA SILVA PINTO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 22/07/1992	Idade: 27 anos
Naturalidade: MA - Vitorino Freire	Profissão: Recepcionista		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Adelia da Silva Pinto	Nome do Pai: João de Jesus Lisboa Pinto		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 007.784.982-55
RG - Carteira de Identidade: 272564

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Monte Sinai Nº 261/1, Bairro: Raiar do Sol Nº: 261
Complemento: /1
Bairro: raiar do sol



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012887/2020

Nome Civil: FRANCISCO GLEISON FARIAS RODRIGUES (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 47 anos

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 196863

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: CLEITO RAMOS DE SOUZA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 37 anos

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 204554

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 07.976.147/0022-95

Renavam 01197645788

Número do Chassi 9BD358A4NLYJ74347

Número da Carroceria 76200260

UF Veículo Minas Gerais

Marca/Modelo FIAT/ARGO DRIVE 1.0

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo NADA CONSTA

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa QUF9496

Número do Motor 552680237326826

Ano/Modelo Fabricação 2020/2019

Cor PRETA

Município Veículo Belo Horizonte

Modelo FIAT/ARGO DRIVE 1.0

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 08/07/2019

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jefferson Jairo da Silva Pinto

Possuidor

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 736.485.822-91

Renavam 00944440800

Número do Chassi 9C6KE091080051714

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo YAMAHA/YBR 125E

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa NAV3540

Número do Motor E381E-078667

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125E

Veículo Adulterado? Não



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012887/2020

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 16/11/2010	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Alexsandro de Araujo Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de acidente de trânsito no endereço supracitado envolvendo carro e moto com vítima no local. Deslocamos imediatamente e constatamos a veracidade onde no local se encontrava o item 01, Sr Alexsandro caído com um corte profundo na perna esquerda. Feito contato com o SAMU que compareceu e realizou os primeiros socorros e o encaminhou ao Hospital Geral de Roraima.

Em contato com o item 02, Sr Jefferson, o mesmo informou que seguia com seu carro FIAT ARGO DRIVE de placa QUF-9496 na rua Estrela Dalva sentido BR 174 e que se distraiu ao verificar que logo atrás de seu veículo vinha uma viatura da PM com o giro ligado e não observou a motocicleta que seguia sentido contrário, e que ao realizar uma conversão à esquerda entrou na frente da motocicleta vindo a colidir. Segundo o item 01, o mesmo informou que tentou desviar do carro, mas não conseguiu parar sua motocicleta, YAMAHA YBR 125 de placa NAV-3540. Foi verificado que o veículo Fiat está com as taxas em dia e foi liberado no local para o Sr Jefferson, Já a motocicleta apresenta o último licenciamento do ano de 2018 e foi realizado os procedimentos administrativos e encaminhada ao pátio do DETRAN-RR.

Informo ainda que o veículo FIAT sofreu dano no para-choque dianteiro, capô e farol esquerdo. E a motocicleta sofreu danos em toda sua parte dianteira, câmbio, estribos, retrovisores e carenagens. A perícia foi acionada e realizada pelo perito Lisandro Freitas.

Apresento o Sr Jefferson Jairo da Silva Pinto para as demais providências.

ASSINATURAS

Rodrigo da Silva Sabini

Agente de Polícia
Matrícula 42000494

Responsável pelo Atendimento

POLICIA MILITAR DE RORAIMA

(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

736.485.822-91

Alexandre de Araújo 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: 6 - CPF:

Alexandre de Araújo Silva

736.485.822-91

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Motorista

Rua: Foz do Iguaçu

914

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Equatorial

Bom Vista

RR

69.317-330

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

franciscosmorcimento@hotmail.com

(99) 99131-1149

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: 4252 CONTA: 0000 80 84 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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, Bom Vista - RR, 17 de Junho de 2020.

Alexandre de Araújo Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nº da Conta: 0353222991
Mês de referência: 04/2020
Período: 21/03/2020 a 20/04/2020
Data de emissão: 23/04/2020

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

ALESSANDRO DE ARAÚJO SILVA
R FOZ DO IGUAÇU, 914
EQUATORIAL
69317-330 BOA VISTA - RR

Vencimento
06/05/2020

Total a Pagar - R\$
129,99

Seus Números Vivo
95-99156-8649

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aproveite os benefícios do Vivo
Valoriza no App Meu Vivo.

Planos Anatel
- VIVO_POS 8GB

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO_POS 8GB	1	1	129,99	-	-	129,99
FRANQUIA INTERNET PRINCIPAL	-	-	0,00	8,00GB	392,01MB	-
MINUTOS LOCAIS LIVRES	-	-	0,00	ILIMITADO	08m00s	-
MINUTOS LOCAIS VIVO	-	-	0,00	ILIMITADO	444m42s	-
MINUTOS DDD VIVO	-	-	0,00	ILIMITADO	12m24s	-
ROAMING NACIONAL	-	-	0,00	ILIMITADO	-	-
SMS - BRASIL	-	-	0,00	ILIMITADO	80	-
PACOTE MINUTOS OFFNET FIXO	-	-	0,00	ILIMITADO	02m12s	-
FRANQUIA VIDEO E MUSICA	-	-	0,00	8,00GB	435,51MB	-
APPS ILIMITADOS	-	-	0,00	50,00GB	18,88GB	-
VIVO POS SERVIÇO DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
BONUS 10GB	1	1	0,00	10,00GB	10,00GB	0,00
BONUS CONTA DIGITAL	1	1	0,00	500,00MB	500,00MB	0,00
BÔNUS DE INTERNET 10GB	1	1	0,00	10,00GB	10,00GB	0,00
BÔNUS MINUTOS ILIMITADOS	1	1	0,00	ILIMITADO	55m36s	0,00
Subtotal						129,99
Serviços Utilizados em Períodos Anteriores						
Ligações Locais					48m12s	0,00
Internet - Tarifação MB/KB					10,39GB	0,00

Continuação de Demonstrativo de Serviços no Verso

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

A Telefônica Brasil S/A e a Terra Networks Brasil S/A, em cumprimento a Lei Federal nº 12.007/09, declaram a quitação apenas dos serviços faturados nessa conta, referentes ao ano de 2019 e esta declaração substitui todos os comprovantes de quitação anteriores. Este documento não quita parcelamentos, valores co-faturados de outras operadoras, cobranças judiciais, serviços prestados e não faturados.

Até emissão desta conta constava(m) débitos de contas anteriores. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

ALESSANDRO DE ARAÚJO SILVA

Vencimento

06/05/2020

Total a Pagar - R\$

129,99

Cód. Débito Automático 0353222991-0

Nº da Conta 0353222991

Mês Referência 04/2020

846900000015

299900750017

103532229913

042012005064

Autenticação Mecânica



**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: 5163769

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882 , LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh) 514	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85

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 1040650	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000097.788500750005.000000001040.065005200053



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: 0800 022 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alexsandro de Araújo Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 736.485.822 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Alexsandro de Araújo Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 736.485.822 / 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 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:	Rua: Capella, LT: 403	Número:	882	Complemento:	
Bairro:	Cidade Satélite	Cidade:	Boa Vista	Estado:	RR
E-mail:	franciscasnascimento@hotmail.com			CEP:	69.317-492
				Tel.(DDD):	(95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 13 de Julho de 2020


Assinatura do Declarante

UVE
isto
ou

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

2001235070	03/04/2020 22:46:12	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 19	
Paciente ALEXSNDRO DE ARAUJO SILVA Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão		Data Nascimento 30/09/1980		Idade 39 A 6 M 3 D		CNS 704507397334817	
Mãe MARIA LUCIA DE ARAUJO SILVA		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A) PARD		CPF 73648582291	
Endereço RUA - FOZ DOIGUACU - 914 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR		País ANTONIO NOGUEIRA DA SILVA		Naturalidade (95) 99171-6639		Nacionalidade BRASILEIRA	
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira Validade		Autorização Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. Procedência		Temp. Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol. Registrado por:		EDILEUDA.SOUZA	
Queixa Principal Trauma automobilístico.							
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 22:55h) Paciente trazido pelo SAMU com relato de acidente moto x carro, com perda de consciência, relatando que perdeu o controle. Nega outras queixas.							
Exame Físico ABCDE: trauma glote, Glasgow 15, pupilas isocóricas e reativas; mi: trauma costal contuso, mobilidade preservada.							
Hipótese Diagnóstica trauma costal contuso.							
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO - X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1 - Dipirona 2g (EU).							
2 - Paracetamol 400mg (EU).							
3 - Analgésico 400mg (EU).							
4 - Analgésico 400mg (EU).							
5 - Analgésico 400mg (EU).							
6 - Analgésico 400mg (EU).							
7 - Analgésico 400mg (EU).							
8 - Analgésico 400mg (EU).							
9 - Analgésico 400mg (EU).							
10 - Analgésico 400mg (EU).							
11 - Analgésico 400mg (EU).							
12 - Analgésico 400mg (EU).							
13 - Analgésico 400mg (EU).							
14 - Analgésico 400mg (EU).							
15 - Analgésico 400mg (EU).							
16 - Analgésico 400mg (EU).							
17 - Analgésico 400mg (EU).							
18 - Analgésico 400mg (EU).							
19 - Analgésico 400mg (EU).							
20 - Analgésico 400mg (EU).							
21 - Analgésico 400mg (EU).							
22 - Analgésico 400mg (EU).							
23 - Analgésico 400mg (EU).							
24 - Analgésico 400mg (EU).							
25 - Analgésico 400mg (EU).							
26 - Analgésico 400mg (EU).							
27 - Analgésico 400mg (EU).							
28 - Analgésico 400mg (EU).							
29 - Analgésico 400mg (EU).							
30 - Analgésico 400mg (EU).							
31 - Analgésico 400mg (EU).							
32 - Analgésico 400mg (EU).							
33 - Analgésico 400mg (EU).							
34 - Analgésico 400mg (EU).							
35 - Analgésico 400mg (EU).							
36 - Analgésico 400mg (EU).							
37 - Analgésico 400mg (EU).							
38 - Analgésico 400mg (EU).							
39 - Analgésico 400mg (EU).							
40 - Analgésico 400mg (EU).							
41 - Analgésico 400mg (EU).							
42 - Analgésico 400mg (EU).							
43 - Analgésico 400mg (EU).							
44 - Analgésico 400mg (EU).							
45 - Analgésico 400mg (EU).							
46 - Analgésico 400mg (EU).							
47 - Analgésico 400mg (EU).							
48 - Analgésico 400mg (EU).							
49 - Analgésico 400mg (EU).							
50 - Analgésico 400mg (EU).							
51 - Analgésico 400mg (EU).							
52 - Analgésico 400mg (EU).							
53 - Analgésico 400mg (EU).							
54 - Analgésico 400mg (EU).							
55 - Analgésico 400mg (EU).							
56 - Analgésico 400mg (EU).							
57 - Analgésico 400mg (EU).							
58 - Analgésico 400mg (EU).							
59 - Analgésico 400mg (EU).							
60 - Analgésico 400mg (EU).							
61 - Analgésico 400mg (EU).							
62 - Analgésico 400mg (EU).							
63 - Analgésico 400mg (EU).							
64 - Analgésico 400mg (EU).							
65 - Analgésico 400mg (EU).							
66 - Analgésico 400mg (EU).							
67 - Analgésico 400mg (EU).							
68 - Analgésico 400mg (EU).							
69 - Analgésico 400mg (EU).							
70 - Analgésico 400mg (EU).							
71 - Analgésico 400mg (EU).							
72 - Analgésico 400mg (EU).							
73 - Analgésico 400mg (EU).							
74 - Analgésico 400mg (EU).							
75 - Analgésico 400mg (EU).							
76 - Analgésico 400mg (EU).							
77 - Analgésico 400mg (EU).							
78 - Analgésico 400mg (EU).							
79 - Analgésico 400mg (EU).							
80 - Analgésico 400mg (EU).							
81 - Analgésico 400mg (EU).							
82 - Analgésico 400mg (EU).							
83 - Analgésico 400mg (EU).							
84 - Analgésico 400mg (EU).							
85 - Analgésico 400mg (EU).							
86 - Analgésico 400mg (EU).							
87 - Analgésico 400mg (EU).							
88 - Analgésico 400mg (EU).							
89 - Analgésico 400mg (EU).							
90 - Analgésico 400mg (EU).							
91 - Analgésico 400mg (EU).							
92 - Analgésico 400mg (EU).							
93 - Analgésico 400mg (EU).							
94 - Analgésico 400mg (EU).							
95 - Analgésico 400mg (EU).							
96 - Analgésico 400mg (EU).							
97 - Analgésico 400mg (EU).							
98 - Analgésico 400mg (EU).							
99 - Analgésico 400mg (EU).							
100 - Analgésico 400mg (EU).							

Impresso por: edileuda.souza
Data Hora: 03/04/2020 22:47:16



2001235070

ORTOPEDIA

04/04/2020 AS 01:00

DR. LEONARDO

Paciente vítima de acidente de moto. Refere dor e lesões locais contusos em MIB.

→ RX não evidenciando fratura e nem luxação.

→ Ao exame. Sem sinais de luxação, crepitação ou lesão tendíneas no momento do exame.

CD: S/ conduta ortopédica no momento - Ao GT.

Dr. Leão do Santos do SMO
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 2137

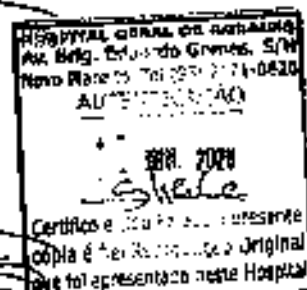
04/04/2020

GT - Ortopedia

2:30h

Paciente Apresentando

lesão contuso-contusa extensa em nervos profundos



CD: Sotm local

Tratamento conservador

Curativo local

Ceftriaxona 2 p

Vacina Antitetânica 0,5 ml

Falexina (prossina extensa)

Alta com orientações gerais

Dr. Daniel do N. Araújo
Médico
CRM-SP 2137

Dr. Daniel do N. Araújo
Médico
CRM-SP 2137

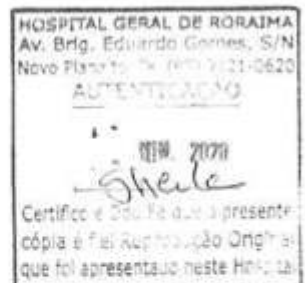


ESTADO DE RORAIMA
'AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS'

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

*Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro **ALEXSNDRO DE ARAUJO SILVA** retifica-se por **ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA** Deu entrada Grande Trauma Francisco Elesbão (GT), no dia **03/04/2020** às 22 horas e 46 min, por motivo de **(ACIDENTE DE MOTO)**, recebendo os cuidados da equipe de plantão.,*

Boa Vista-RR, 8 de Junho de 2020.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980131278	NOME FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 148994 SSP RR
	CPF 606.934.792-72
	DATA NASCIMENTO 23/12/1976
PROIBIDO PLASTIFICAR 980131278	FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO JURACY SOUSA DO NASCIMENTO
	PERMISSÃO AB
	ACC AB
	CAT. HAB AB
	Nº REGISTRO 01101996953
VALIDADE 14/01/2020	
1ª HABILITAÇÃO 17/12/1999	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 15/01/2015
ASSINATURA DO EMISSOR JUSCELINO KURTSCHEK PEREIRA DIRETOR PRESIDENTE	
DETRAN-RR (RORAIMA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME ALEXANDRE DE ARAUJO SILVA
ENDEREÇO RUA DA VILA, 100
CIDADE SÃO PAULO - SP
CEP 05508-900
DATA DE NASCIMENTO 30/09/1980



PROFISSÃO ESTUDANTE
ASSINATURA ALEXANDRE DE ARAUJO SILVA
DATA 04/07/2011

VÁLIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL
 1745562180

LOCAL SÃO PAULO - SP
DATA 04/07/2011
ASSINATURA ALEXANDRE DE ARAUJO SILVA

LOCAL SÃO PAULO - SP
DATA 04/07/2011
ASSINATURA ALEXANDRE DE ARAUJO SILVA

1745562180
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

LOCAL SÃO PAULO - SP
DATA 04/07/2011
ASSINATURA ALEXANDRE DE ARAUJO SILVA

1745562180
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201031/20

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

CPF: 736.485.822-91

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA : 736.485.822-91

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: 17/07/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200255220 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 03/04/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2
ALTA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alexsandro de Araujo Silva, brasileiro(a)
estado civil solteiro, profissão: motorista, portador(a)
da cédula de identidade CIRG nº 232602 e inscrito no CPF/MF nº
736.485.822-91 residente e domiciliado na
Rua: Foz de Iguaçu nº 914, Bairro:
Equatorial, município de: Boa Vista/RR,
Tel. 99131-1149, E-mail: _____.

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº
148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na
Rua: Capella, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492,
município de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: a OUTORGADA para Enviar documentos, receber correspondências,
solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do
sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar
perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, ____ de _____ de _____.



Alexsandro de Araujo Silva

OUTORGANTE

NOTA: Certifico que o presente documento
foi apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



CARTÓRIO LOUREIRO	
Dr. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR	
RUA PIAUI, 4, Nº 56/6 - CENTRO - BOA VISTA, RR - TEL: (95) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR	
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)	
(Ahaqofe1)-ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA	
LAAF Em testemunho <u>1</u> da verdade. Boa Vista, 08/06/2020	
Emol: 2,56, FUNDEJURR 0,26, FISC 0,13, FECON 0,13, ISS 0,13 Vlr Selo 1,50	
Selo: REC FIR 158345126 FJE2MB4ZNH801 N° Ticket: 00163	
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br	
CPF Solicitante: 73648582291	

Marjory C. C. Esbell Brighia
Escritor(a) Autizada
Cartório Loureiro

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the situation and the goals that need to be achieved.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201031/20

Vítima: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

CPF: 736.485.822-91

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 03/04/2020

Titular do CPF: ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

ALEXSANDRO DE ARAUJO SILVA : 736.485.822-91

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: 17/07/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO