
Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215498

Vítima: WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200215498 Vítima: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
-----------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

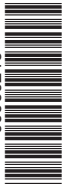
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215498

Vítima: WILDSO N EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WILDSO N EMANOEL DOS SANTOS SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200215498

Vítima: WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: WILDSO EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000005076-8

Conta: 000005849-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - UF do sinistro ou AS: 544.662-062-15 3 - CPF da vítima: Wildson Emanuel dos Santos Silva 4 - Nome completo da vítima: Wildson Emanuel dos Santos 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: Wildson Emanuel dos Santos Silva 6 - CPF: 544.662.062-15 7 - Particular: Autônomo 8 - Endereço: Rua Rosa de Araujo 9 - Número: 2119 10 - Complemento: 11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Rua Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-103 15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Telefone: (95) 99117-5392

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.561,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 5076 CONTA: 5849 1

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando 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 necessária, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.264/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data da 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 descendentes (filhos, netos, etc.): ☐ 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 Lider pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este direito, 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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

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: 003201/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2020 12:40 Data/Hora Fim: 22/01/2020 13:23
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 3669 Data: 21/01/2020
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 21/01/2020 11:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Francisco

Logradouro: RUA GAL PENHA BRASIL COM RUA DR ARNALDO BRANDÃO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 03/11/1997 Idade: 22 anos
Naturalidade: RR - Pacaraima Profissão: Não Informado
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Auciene dos Santos Silva Nome do Pai: Elves Keby Salviano da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 547.662.062-15

RG - Carteira de Identidade: 3874893

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ROSA DE OLIVEIRA ARAUJO

Nº: 2119

Bairro: SANTA LUZIA

Nome Civil: ESTELLA MARIS DA SILVA FERNANDES PRADO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 10/10/1956 Idade: 63 anos
Naturalidade: MS - Ponta Porã Profissão: Técnico em Enfermagem
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Geraldina da Silva Fernandes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 480.188.801-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Da lua

Nº: 55



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

Bairro: Cidade Satélite

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Zsg Darleudo Gomes da Silva

Enderaço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 480.188.801-15	Placa NAN6251
Renavam 01034683109	Número do Motor 310A10112222954
Número do Chassi 8AP196271F4111116	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Número da Carroceria 85665008	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT PALIO ATTRACT 1.0	Modelo FIAT PALIO ATTRACT 1.0
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 12/01/2015
Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Estella Maris da Silva Fernandes Prado	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 446.876.562-34	Placa NAO7739
Renavam 00346671795	Número do Motor KD05E5C500455
Número do Chassi 9C2KD0550CR500455	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES
Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 25/09/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Wildson Emanuel dos Santos Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM 3669-CIPTUR A EQUIPE FOI ACIONADA, VIA CIOPS, PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL SUPRACITADO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA CONDUZIA SEU VEÍCULO HONDA BROS PLACA NAO7739, SENTIDO BAIRRO CENTRO, QUANDO FOI ABALROADO PELO VEÍCULO CONDUZIDO PELA SRA. ESTELLA MARIS; QUE AMBOS S VEÍCULOS SOFRERAM DANOS MATERIAIS; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA SOFREU LESÕES CORPORAIS SOFRENDO FRATURA NO PUNHO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO ESTADUAL; QUE DEMAIS INFORMAÇÕES NO ROP ANEXO. É O RELATO.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Wildson Emanuel dos Santos Silva

(Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou(s) (a) (s) responsável(is) pelas informações prestadas e declaro que não sou responsável civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 359-Declaração Calúncias e 360-Comunicação de Fato de Crime do Código de Processo Penal Brasileiro



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - UF do sinistro ou AS: 544.662-062-15 3 - CPF da vítima: Wildson Emanuel dos Santos Silva 4 - Nome completo da vítima: Wildson Emanuel dos Santos 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: Wildson Emanuel dos Santos Silva 6 - CPF: 544.662.062-15 7 - Particular: Autônomo 8 - Endereço: Rua Rosa de Araujo 9 - Número: 2119 10 - Complemento: 11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Rua Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-103 15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Telefone: (95) 99117-5392

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 5076 CONTA: 5849 1

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando 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 necessária, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.264/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data da 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 descendentes (filhos, netos)? ☐ 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 Lider pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este direito, 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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05076-8

CONTA: 000000005849-1

Nr. da Autenticação E5761E7D61FAFB7A

**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: 5376237

ALCILENE JOSE DOS SANTOS

R. ROSA O DE ARAUJO, 2119 ,

SANTA LUZIA

69317103 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
366862	06/2020	13-MAY-20 a 13-JUN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
416	01-JUL-20	R\$ 339,04

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
366862	06/2020	R\$ 339,04

836600000035.390400750001.000000000364.686206200053



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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 PELA REGULAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, RESERVA, 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

Denilze Correia Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 192.654.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wildson Emanuel dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 547.662.062 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wildson Emanuel dos Santos Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 547.662.062 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: Av. General Cilade Trive

Bairro: Liberdade Cidade: Itaó Vista

E-mail: denilze@denilze.com.br

Número: 2448

Estado: PE

Complemento: 02

CEP: 69.309-000

Tel. (DDD): _____

Local e Data:

Itaó Vista - PE 16 de junho 2020

Denilze Correia Santos

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 0112



UNIDADE BRAVO III

EQUIPE: Nereu e Derjan

Paciente: Wilson Emanuel dos Santos Silva Idade: 22 Sexo: M

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena []

Endereço: Av. General Penha Brasil Bairro: Centro

M 386 DATA: 21/01/2020 HORA J/9: 10:50 BASE M VIA () X RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Fabiana HORA J/10: 11:02 FICELULAR

MOTIVO INICIAL: Colisão moto c/carro

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x] 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA:

☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - PAF
☐ Agressão física - FAB
☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento
☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência cirúrgica
☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE	VOLTA
☐ Pedestre ☐ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorante	☐ A pé ☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Bicicleta	☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Outro	☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	FCP	DE
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:	☒ Eupneica ☐ Apneia ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia	☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Erçamento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso carotídeo ausente ☐ Cefaleia central	☐ Escala ☐ Músculos ☐ Anisocória ☐ Apetimento Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E FÍSICOS

Hora	P.A. mmHg	F.C. bpm	F.R. bpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início	120 x 80	86	20	98				
Fim								

AVALIAÇÃO DE LESÃO

LESÃO IDENTIFICADA	LESÃO IDENTIFICADA
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escorção 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Fístula 11 - Alargamento da crânio 12 - Esfomeamento craniano 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aberta 16 - Empolamento 17 - Outros	1 - Espontânea 2 - Ao comando 3 - A dor 4 - Sem resposta 5 - Orientado 6 - Confuso 7 - Palavras inapropriadas 8 - Palavras incoerentes 9 - Sem resposta 10 - Obedece a comandos 11 - Localiza a dor 12 - Movimento da retirada 13 - Flexão normal 14 - Extensão normal 15 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AVALIAÇÃO CARDÍACA	AVALIAÇÃO CLÍNICA
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial	☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Anisocória

GRAVIDADE CONHECIDA

GRAVIDADE CONHECIDA	GRAVIDADE CONHECIDA
☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande	☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Pedro Lins
 Médico
 CRM 1142

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura do Receptor:

- ☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bom Viver, nesta oportunidade.
- ☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Bom Viver, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

RG:

Idade Gestacional:

Perda de líquido:

BCP:

☐ Movimentos fetais presentes☐ Partos fetais na vulva☐ Contrações entre 3-5 min.☐ Com corion da gestante☐ Contrações com duração > 30s☐ Sem corion da gestante☐ Aspiração☐ Cálculo de Guegel☐ Cateter nasal L/min☐ Máscara facial L/min☐ Bóia-valva-máscara L/min☐ Ventilação contrapressão☐ Acesso venoso Gêlo n°☐ Máscara laríngea☐ Guia de introdução Bougie☐ Cricotirotomia cirúrgica☐ Oximetria☐ Dreno de tórax☐ Descompressão torácica☐ Acesso venoso Scalp n°☐ Monitorização cardíaca☐ Coto cervical☐ Leadblock☐ Prancha longa☐ Tirantes☐ KED☐ Acesso intraósseo☐ Imobilização de fraturas☐ Curativos☐ Parto vaginal☐ Cesárea de emergência☐ Imobilização de fixação☐ Outros

FARMACOS				FARMACO	DOSE	VIA	HORA

Lesadura 15 cm
2 pares de dedos P
1 par de dedos G

SAMU 152-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 20/10/2020
Stephanie
Rubina

Paciente mac. vítima de acidente de trânsito
encontrado ao lado em local de acidente de trânsito
com fratura fechada de punho e contusão
no músculo da coxa. O mesmo foi conduzido
ao GT pelo Protocolo de Trauma, sob
a orientação do médico regulador.

Assinatura e carimbo do profissional



ATESTADO MEDICO /
DECLARAÇÃO DE
COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a):

Waldson Emanuel
Des Santos Silva

foi atendido no ☒ Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE () UNACOM,

no dia 21/01/20 às 19:30 horas.

O mesmo:

() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento

☒ Necessita de 30 (30) dia (s) de licença médica.

RECEBIDO
23.01.20
19:30
Jonilson Nascimento da Silva
Chefe de Divisão
Matrícula nº 95277

CID:

Boa Vista,

21/01/20

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente

Dr. Odineide Okemua
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 165498

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: **544.662.062-15** 3 - CPF da vítima: **544.662.062-15** 4 - Nome completo da vítima: **Wilson Emanuel dos Santos 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: **Wilson Emanuel dos Santos Silva** 6 - CPF: **544.662.062-15**
7 - Particular: **Autônomo** 8 - Endereço: **Rua Rosa de Araujo** 9 - Número: **2119** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Santa Luzia** 12 - Cidade: **Rua Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.317-103**
15 - E-mail: **liderboavista.pendencia@hotmail.com** 16 - Telefone: **(95) 99117-5392**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **5076** CONTA: **5849**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, ressignificando 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 a 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 necessária, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.264/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data da 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 descendentes (filhos, netos, etc.): ☐ 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 Lider pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este direito, 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

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

20012/11707

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: **WILSON EMMANUEL DOS SANTOS SILVA** Data Nascimento: **03/11/1994** CPF: **5476200415**
 Tipo Doc: **Documento** Orgão Emissor: **PAAR** Data Emissão: **03/11/1994** Sexo: **M** Estado Civil: **Solteiro** Raça/Cor: **BRANCO** Nacionalidade: **BRASILEIRO**
 Mãe: **ALCILENE DOS SANTOS SILVA** Pai: **WILSON DOS SANTOS SILVA** Contatos:

Class. de Risco: Plano Convênio: **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N.º da Carteira:
 Motivo do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
 Setor: Tipo de Chegada: Procedimento Sol.: Registrado por:
 Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: TOTAL: **15**
 Anamnese - (HORA DA CONSULTA: h) AO: 1234567890 RV: 1234567890 MRV: 1234567890

ACIDENTE MOTOCICLISTA, COM EM PÉLVIS.
SEM TCE.

Exame Físico: **BOM, COTE 70A.**

FRATURA DE RÔTULO @ DISTAL

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) TILATIL 40mg 6x (falso)
DIPLOIDA 1g 4x

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142

APRAZAMENTO **OBSERVAÇÃO**

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
End: Rua Brig. Eduardo Gomes, 3308
Fone: (68) 3111-0620

24/04/2020

Cartão Original
que foi apresentado neste Hospital

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **ORTOPEDIA**

Dr. Anderson Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2142

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: **/ /**

Óbito:
 Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ ML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200215498 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/07/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA EM PUNHO ESQUERDO EM GRAU LEVE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

OUTORGANTE:

NOME: Waldson Emanuel dos Santos Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Auxiliar Administrativo RG: 3874893 CPF: 547.662.062-35
ENDEREÇO: Rua 7000 - Conjunto de Casco 2308, Santo Antônio
VÍTIMA: Waldson Emanuel dos Santos Silva
CPF: 547.662.062-35 DATA DO ACIDENTE: 21 FOS 12000
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

Nome: DENILZE CORREA DANTAS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: ENFERMEIRO (a)

Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142855 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAÍDE TEIXEIRA Nº 2115 - JARDIM

Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

Para requerer o seguro DPVAT por Benedito, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

1000 Vista - RR 102 de Março de 20 20

CARTÓRIO LOUREIRO

X

Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

[illegible]

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167071/20

Vítima: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

CPF: 547.662.062-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/01/2020

Titular do CPF: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA : 547.662.062-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 16/06/2020
Nome: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA
CPF: 547.662.062-15

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3200215498
Nome do(a) Examinado(a):	WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO, 2119, SANTA LUZIA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	547.662.062-15
Data e local do acidente:	21/01/2020 - BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 02/07/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA,

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

PUNHO E: ALTERAÇÃO ANATÔMICA LEVE COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO LEVE

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

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

PUNHO E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL LEVE

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): PUNHO E

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



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

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

Carimbo com nome e CRM

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