

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2956443820210120170008

Processo 0830131-78.2020.8.23.0010 ☆ - (57 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

24 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 24

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<div>⊖</div>	24	20/01/2021 17:00:08	<div>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</div> <div>Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020)</div> <div>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</div> <div>Procurador</div>	
<div><div><div>24.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAIS01.pdf</div><div>Público</div></div><div><div>24.2 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div></div>				
23	18/01/2021 16:09:22	<div>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</div> <div>(Pelo advogado/curador/defensor de wilcilene dos santos macedo) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 20) RETORNO DE MANDADO (12/01/2021) e ao evento de expedição seq. 22.</div> <div>Wallyson Barbosa Moura</div> <div>Advogado</div>		
22	13/01/2021 10:27:31	<div>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</div> <div>Para advogados/curador/defensor de wilcilene dos santos macedo com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 20) RETORNO DE MANDADO (12/01/2021)</div> <div>JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA</div> <div>Analista Judiciário</div>		
21	13/01/2021 10:27:20	<div>JUNTADA DE COMPROVANTE</div> <div>Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 18) em 11/01/2021 - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020). Parte: wilcilene dos santos macedo</div> <div>JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA</div> <div>Analista Judiciário</div>		
<div>⊕</div>	20	12/01/2021 13:48:41	<div>RETORNO DE MANDADO</div> <div>Referente ao evento (seq. 18) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/01/2021 11:18:16). Parte: wilcilene dos santos macedo</div> <div>Antonio Edimilson Vitalino de Sousa</div> <div>Oficial de Justiça</div>	
	19	12/01/2021 09:27:17	<div>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</div> <div>Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 18) em 11/01/2021 11:18:16. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: Antonio Edimilson Vitalino de Sousa. Parte: wilcilene dos santos macedo</div> <div>JHEMENSEN SANTOS FERREIRA</div> <div>Servidor Central de Mandados</div>	
<div>⊕</div>	18	11/01/2021 11:18:16	<div>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</div> <div>Prazo de 5 dias úteis. Referente ao evento (seq. 10) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(14/12/2020 13:07:41). Natureza: Intimação. Parte: wilcilene dos santos macedo. Identificador do Cumprimento: 0001</div> <div>JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA</div> <div>Analista Judiciário</div>	
	17	26/12/2020 00:02:09	<div>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</div> <div>(Pelo Perito Rogerio Leonardo de Paula Dias(Leitura automática em 25/12/2020 às 23:59)) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 14.</div> <div>SISTEMA CNJ</div>	
	16	26/12/2020 00:00:44	<div>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</div> <div>(Pelo advogado/curador/defensor de wilcilene dos santos macedo) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 12.</div> <div>SISTEMA CNJ</div>	
	15	21/12/2020 09:04:30	<div>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</div> <div>(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 13.</div> <div>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</div> <div>Procurador</div>	
	14	15/12/2020 09:18:23	<div>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</div> <div>Para Perito Rogerio Leonardo de Paula Dias com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020)</div> <div>ALINE BLEICH SANDER</div> <div>Analista Judiciário</div>	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08301317820208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WILCILENE DOS SANTOS MACEDO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

BOA VISTA, 15 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190697825

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190697825

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Data do Acidente: 30/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

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 30/09/2019, emitido pelo Dr. AMARO FORTES CRM nº 6749 - RR, da Instituição HOSPITAL IRACEMA, 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:

00046371273

4 - Nome completo da vítima:

Willcilene dos Santos macedo

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

5 - Nome completo:

Willcilene dos Santos macedo

6 - CPF:

00046371273

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

R. Vicinal 02 km-07

9 - Número:

84

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Compasso Novas

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69340000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

993353855

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0522

CONTA: 0005133

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (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, Boa Vista, 09 de dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CDC 001 1/007/2019

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038140/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/10/2019 09:25

Data/Hora Fim: 31/10/2019 09:59

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/09/2019 18:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR)

Bairro: Vila Campos Novos

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Caracará

Sexo: Feminino

Nasc: 15/03/1988

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Domingas dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 000.463.712-73

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ESPERANÇA

Nº: 131

Complemento: CASA

Bairro: CENTENÁRIO

Telefone: (95) 99125-4762 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 641.429.572-87

Placa JWT2454

Renavam 00757296726

Número do Motor 4B0003314

Número do Chassi 9BGSC80N01C230122

Ano/Modelo Fabricação 2001/2001

Cor PRATA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo GM/CORSA ST

Modelo GM/CORSA ST

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 01/04/2016

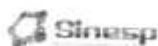
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Wilcilene dos Santos Macedo

Exibidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 31/10/2019 09:59
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: 038140/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Especializada para relatar que no dia, hora e local descritos acima, viajava como passageira no veículo GM/Corsa também já devidamente especificado acima, conduzido por seu cunhado e proprietário do veículo, senhor Jurandir Alves da Silva; Que se deslocavam para a cidade de Boa Vista, quando aproximadamente percorridos 2 Km da Vila Campos Novos, o condutor do veículo ao tentar desviar de um buraco perdeu o controle e acabou descendo o aterro, vindo a comunicante sofrer lesão corporal, fraturando o braço direito próximo ao ombro. Que foi socorrida ao Posto de Saúde da Vila Campos Novos pelo esposo e em seguida foi transportada para Boa Vista de ambulância para atendimento no pronto Socorro. Que o registro é para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia
Matrícula 04200169

Responsável pelo Atendimento

Wilcilene dos Santos Macedo

(Comunicante / Vítima)

"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."

DAT

31 OUT 2019

AGENTE DE POLÍCIA
VOLNEY

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF do vítima:

00046371173

4 - Nome completo da vítima:

Wili Cilene dos Santos Macedo

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

5 - Nome completo:

Wili Cilene dos Santos Macedo

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Vicinal 02 km-07

6 - CPF:

00046371273

11 - Bairro:

Campos Novos

12 - Cidade:

Bom Vista

9 - Número:

84

10 - Complemento:

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69.340.000

15 - Telefone:

981333855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ATÉ 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 se prova na anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO EM RESPONDER

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.501,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (serviço para os bancos abaixo. Assine a outra opção)

☐ CONTA CORRENTE (poderá ser usada)

☒ Riocentro (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 0003333

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código do banco)

(Informe o número da conta)

(Informe o código do banco)

(Informe o número da conta)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/capacidade do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, no momento e dando, de que já e somente após a efetivação de crédito, cujação nota 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 3.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a prossecução 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, com o limite à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

Entendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (se casado)

☐ Viúvo

☐ 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 nomes e datas de nascimento:

30 - Vítima deixou patrimônio pessoal?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar nomes e datas de nascimento:

33 - Vítima deixou patrimônio pessoal?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER paga, em caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT para os beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além do ressarcimento criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 9800 Bom Vista, 07 de dezembro de 19

Wili Cilene dos Santos Macedo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 306/13

Nº da Nota Fiscal 000033841

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

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
10 RCO/2017	28/03/2017	46	13,32

MARIA ALVES DA SILVA

V. 02 KM 7,84 RURAL

CIF: 00010026614200

CIP: 69.340-000 - CAMPOS NOVOS

ROT: 201.038.01-51.059000

DADOS DA LECTURA		DADOS DA LECTURA	
Atual:	7799	Atual:	13/03/2017
Anterior:	7753	Anterior:	22/02/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	10/04/2017
Consumo Medido:	46	Emissão:	13/03/2017
Consumo Faturado:	46	Apresentação:	13/03/2017
Forma de Pagamento: NO ROL	Valor de Potência	FCAM	Dias de Consumo: 19

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RURAL	MUNO	660171		4.2.2.1	123

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano Consumo			
FEV/17	0	CONSUMO	46 A R\$ 0,289694 = 13,32
JAN/17	142		
DEZ/16	139		
NOV/16	136		
OUT/16	134		
SET/16	124		
AUG/16	116		
JUL/16	115		
JUN/16	115		
MAY/16	118		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0,4 - 46 - 0,289694			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor R\$
03/2017	30,00
O valor de 30,00 representa o valor devido para o mês de março de 2017, considerando o consumo de 46 kWh e a tarifa de 0,65 R\$/kWh.	
O valor de 30,00 representa o valor devido para o mês de março de 2017, considerando o consumo de 46 kWh e a tarifa de 0,65 R\$/kWh.	
O valor de 30,00 representa o valor devido para o mês de março de 2017, considerando o consumo de 46 kWh e a tarifa de 0,65 R\$/kWh.	

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	4,03	Base de Cálculo:	13,32
Energia:	6,13	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	2,26
Encargos:	0,11	Valor do PIS:	0,03
Tributos:	2,95	Valor do COFINS:	0,16

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		PIC		DM		DICR
	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal
Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recebido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Saldo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Reservado ao Fisco 0F06.4523.6124.5213.0048.45DB.54AB.C8C6

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

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

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

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

ROT: 7.001.28.01.291200

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

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	126006955 H-24-1802		1-1-1-2	238

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,64002 = 204,14
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE J 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 286	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 267 - 0,634630	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 06/2019 Valor: R\$ 143,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM 16/07/2019

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

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

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

DISTRITO 05/2019 69,55
ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0070349-4	237,56
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	07/2019	06/08/2019
	Nº da Nota Fiscal:	003301566 FCAN

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

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825396343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wileilene dos Santos Macedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 000463712 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Wileilene dos Santos Macedo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000463712 / 73, 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>R. CC 11</u>		Número <u>284</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69031050</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>991133899</u>

Boa Vista, 09 de dezembro de 19
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: <u>Willilene dos Santos Maceche</u>		CARTÃO DO SUS: <u>700 50 91 38 28 7250</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>15/03/88</u>			
TELEFONE: ()		UF: <u>PR</u>	
ENDEREÇO:		CIDADE:	
ANAMNESE- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: <u>Fratura no M.S.D</u>			
ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO			
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS <u>Solista Ambulatório Médico</u>			
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO: 		DATA DE EMISSÃO: <u>30/09/2014</u> / Hora <u>17:30</u>	
		UNIDADE SOLICITANTE: <u>P.F. Arya Haddad dos Santos</u>	
		ENCAMINHADO PARA: <u>Hospital de Maceche</u>	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO.		ENDEREÇO: <u>Macechin</u>	
ASSINATURA E CARIMBO		CIDADE:	
		UF:	
ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA) DIAS A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO			

DATA	CONSULTAS-VISITAS-EXAMES DE LABORATORIO PRESCRIÇÕES	ASSINATURA
30/09/19	<p>Deu entrada na UBS, Ana Hipólito dos Santos às 18:00 hs vítima de um acidente de carro, no qual estava com suspeita de fratura no M.S.D, foi feito camp. clipirona IM, e a mesma foi removida ao Hospital Geral de Boa Vista para avaliação médica, foi acompanhada pelo técnico em enfermagem Francisco Alves.</p>	<p>tec. Francisco Alves CREF RR 860.004</p>



1901168294 30/09/2019 20:23:21 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 16

Paciente **WILCILENE DOS SANTOS MACEDO** Data Nascimento **15/03/1988** Idade **31 A 6 M 15 D** CNS **700509138287250** CPF **00046371273** Prontuário **00082440**
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **F** Estado Civil **Parda** Raça/Cor **Parda** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **DOMINGAS DOS SANTOS** Pai **FRANCISCO TELES MACEDO** Contato **(95) 93627-5156**
Endereço **- CAMPOS NOVOS - 131 - - IRACEMA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **URGÊNCIA** N° da Carteira **AMBULANCIA (HOSPITAL)** Validade **Procedência** Autorização **Temp.** Sis Prenatal **Peso**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedimento Sol.** Registrado por: **MATHEUS ALVES**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **AMBULANCIA (HOSPITAL)**

Queixa Principal **ACIDENTE CARRO - DOR BRAÇO D.**
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **GSC** TOTAL **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. TRAZIDA A ESTA UNIDADE COM MTD IMOBILIZADO. QUEIXAS DE DOR INTENSA.

Exame Físico **BEG p/ CONDIÇÃO, LOITE, AAA. ALERGIA**

Hipótese Diagnóstica **FRATURA DO UMBRO?**

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

PRESCRIÇÃO **(1) DILORONA 7amp 5(EV) ALORA**
(2) RADIOGRAFIA
(3) A ORTOPEDIA.

APRAZAMENTO **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**
AV. BRG: ED. 1000, 5º/4
NO. 1
8 - 07/2019
presente
Original
QUE FOI ENVIADA PARA ESTE HOSPITAL

OBSERVAÇÃO

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: **Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____**

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pela Lei nº 2.246/64, de 28/09/64, e posteriormente alterada pela Lei nº 2.247/64, de 29/09/64, e pela Lei nº 2.248/64, de 30/09/64. Ela é o documento obrigatório para a obtenção de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registradas todas as datas do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como a data de publicação da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conteúdo das anotações contidas neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta e qualificação nas atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois dela depende o registro de suas atividades profissionais e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de sua dependência. Assim, também, este documento de identificação.

CONFECIONADA SEM RECURSOS EM:
FABRILINDA DE ADRIANO DO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CPF: 166.58911.24-0

166.58911.24-0

3762885

0050

RR

Wilcileine dos Santos Macedo
ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



WILCILEINE DOS SANTOS MACEDO

FILIAÇÃO: DOMINGAS DOS SANTOS
FRANCISCO TELES MACEDO

NASCIMENTO: 15/03/1986

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CARACARAI - RR

DOCUMENTO: R.G. - 270727 - 09/09/2008 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 000.463.712-73

TIT. ELEITOR: 004454722631

LOCAL DE EMISSÃO: SRTEIR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 28/03/2017

ZONA: 006

SEÇÃO: 0072

CNH: 00000000000000000000

ASSINADO POR: AZEILAO VIEIRA DOS SANTOS
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego RR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

INÍCIO:

DATA DE NASCIMENTO: 15/03/1986

NOME:

DOCUMENTO:

NOME:

DOCUMENTO:

NOME:

DOCUMENTO:

LEGENDA

4 - OUTROS (1 - EMPREGO) (2 - DESPESAS) (3 - OUTROS) (4 - OUTROS) (5 - OUTROS) (6 - OUTROS) (7 - OUTROS) (8 - OUTROS) (9 - OUTROS)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975880600
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 00757296726 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
JURANDIR ALVES DA SILVA

RR

CPF / CNPJ
641.429.572-87

PLACA
JWT2454

PLACA ANT / UF

CHASSI
9BGSC80N01C230122

ESPÉCIE TIPO
MIS/CAMIONETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
GM/CORSA S1

ANO FAB.
2001

ANO MOD.
2001

CAP / POT / CIL
2P/092CV/, 6T

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRATA

COTA ÚNICA
ISENTO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS
1*****

FAIXA LPVA
ISENTO(+ DE 10 ANOS)

PARCELAMENTO / COTAS

2*****
3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)
R\$0.06

PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$16.21

DATA DE PAGAMENTO
04/09/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO *

LOCAL

BOA VISTA-RR

DATA

04/09/2019

DETRAN-RR

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975880600 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01

CPF / CNPJ
641.429.572-87

PLACA
JWT2454

RENAVAM
00757296726

MARCA / MODELO
GM/CORSA S1

ANO FAB.
2001

CAT. TARIF.

CHASSI
9BGSC80N01C230122

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
R\$5.4

DENATRAN (R\$)
R\$0.6

CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$6

CUSTO DO BILHETE (R\$)
R\$4.15

IOF (R\$)
R\$0.06

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
R\$16.21

Y

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
04/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

566459

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

CPF: 000.463.712-73

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILCILENE DOS SANTOS
MACEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

WILCILENE DOS SANTOS MACEDO : 000.463.712-73

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: 13/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Wilcilene dos Santos Macedo
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: Agricultora RG: 270727
CPF: 000.463.712-73 ENDEREÇO: Vicinal 02, km-0+, 84
BAIRRO: Campos Novos CIDADE: Itacema
CEP: 69.340-000

VITIMA: Wilcilene dos Santos Macedo
CPF: 000.463.712-73 DATA DO ACIDENTE: 03/09/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pioneiro
Nº. DO RG: 289717 ORGÃO EMISSOR: SESP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. DO CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Lavoura Moreira

PODERES:

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

Boa Vista/RR, 06 de Dezembro de 2019



Wilcilene dos Santos Macedo

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

CPF: 000.463.712-73

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2019

Titular do CPF: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

WILCILENE DOS SANTOS MACEDO : 000.463.712-73

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: 13/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190697825 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO **Data do acidente:** 30/09/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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