

## 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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)						
<b>Realces</b>											
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória											
<b>Filtros</b>											
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>											
24 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 24											
500 por pág.  1											
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por								
<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>											
<input type="checkbox"/> 24	20/01/2021 17:00:08	Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">24.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 30%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 30%; text-align: right;"> 2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAIS01.pdf</td></tr> <tr> <td>24.2 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo02.pdf</td></tr> </table>						24.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAIS01.pdf	24.2 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo02.pdf
24.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAIS01.pdf									
24.2 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo02.pdf									
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
23	18/01/2021 16:09:22	(Pelo advogado/curador/defensor de wilciline 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.	Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>								
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>											
22	13/01/2021 10:27:31	Para advogados/curador/defensor de wilciline dos santos macedo com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 20) RETORNO DE MANDADO (12/01/2021)	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA <b>Analista Judiciário</b>								
<b>JUNTADA DE COMPROVANTE</b>											
21	13/01/2021 10:27:20	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: wilciline dos santos macedo	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA <b>Analista Judiciário</b>								
<b>RETORNO DE MANDADO</b>											
<input type="checkbox"/> 20	12/01/2021 13:48:41	Referente ao evento (seq. 18) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/01/2021 11:18:16). Parte: wilciline dos santos macedo	Antonio Edimilson Vitalino de Sousa <b>Oficial de Justiça</b>								
<b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</b>											
19	12/01/2021 09:27:17	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: wilciline dos santos macedo	JHEMENSON SANTOS FERREIRA <b>Servidor Central de Mandados</b>								
<b>EXPEDIÇÃO DE MANDADO</b>											
<input type="checkbox"/> 18	11/01/2021 11:18:16	Prazo de 5 dias úteis. Referente ao evento (seq. 10) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(14/12/2020 13:07:41). Natureza: Intimação. Parte: wilciline dos santos macedo. Identificador do Cumprimento: 0001	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA <b>Analista Judiciário</b>								
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
17	26/12/2020 00:02:09	(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.	SISTEMA CNJ								
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
16	26/12/2020 00:00:44	(Pelo advogado/curador/defensor de wilciline 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.	SISTEMA CNJ								
<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b>											
15	21/12/2020 09:04:30	(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.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>								
<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b>											
14	15/12/2020 09:18:23	Para Perito Rogerio Leonardo de Paula Dias com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020)	ALINE BLEICH SANDER <b>Analista Judiciário</b>								



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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:

00046371173

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Willilame dos Santos ma eido

6 - CPF:

00046371273

7 - Profissão:

Vigilante

8 - Endereço:

R. Riachuelo 02 km-07

9 - Número:

84

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Compos Novas

12 - Cidade:

Belo Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69340000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

993153855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0522

CONTA: 00031133 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vainascer)?

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 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

Inscrição 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 300 Visto, 09 de dezembro de 19

Willilame dos Santos ma eido

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

566459



**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	Méio(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 - Caracaraí 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 Veiculo Boa Vista	Marca/Modelo GM/CORSA ST
Modelo GM/CORSA ST	Veiculo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 01/04/2016	Situação do Veiculo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Wilciene dos Santos Macedo	Exibidor





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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.  
É o relato.

ASSINATURAS

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

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

DAT

31 OUT 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
DAT

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**DADOS CADASTRAIS**

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

2 - N° do sinistro no ASL: 3-Ofício da Vítima: 00046371173 4 - Número completo da vítima: 00046371173

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E BAIXA DE RENDA: MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. AP 445/2012

5 - Nome completo: Wilielma de Souza Santos 6 - DPF: 00046371173

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Vicinal 02 km-07 9 - Número: 81 10 - Complemento:

11 - Bairro: Parque Manoela 12 - Cidade: Bonito 13 - Estado: MS 14 - CEP: 54340-000

15 - E-mail: 934353855 16 - Tel.(DDO): 934353855

**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 consta no preâmbulo anexo (ANEXAR CÓPIA).

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECEU INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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/TUTORA)

CONTA POUPANÇA (caso não para os bancos abaixo, informar a sua opção)

Bradesco (029)  Itaú (041)  CONTA CORRENTE (caso existentes)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (004)  Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0622 CONTA: 0003133

(Inserir o digito social) (Inserir o digito social) (Inserir o digito social)

Autorizo à Seguradora Lider a credenciar no conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/valor bolso do Seguro DPVAT e que sou livre, irreversível e definitiva, de que já e somente após a efetivação de entitativo, a aplicação total do valor recebido.

**22 - DEclararão DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo no Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), uma vez que:  

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

 Solicito o preenchimento da análise da meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base no documento médico do Segurado. Fazendo para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente da vítima, encarregado pelo seu autor, conforme o disposto na Lei 9.194/74.  
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da vítima ou contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERANCIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ex-Cônjuge)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo  Outro: \_\_\_\_\_ 24 - Número de identificação:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar nome e idade:  Sim  Não 30 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar nome e idade:  Sim  Não 33 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 34 - Testemunha: \_\_\_\_\_  
 Esclareço de que a Seguradora Lider pagará, à sua devida, a Indenização do Seguro DPVAT, por morte acidental e heranças que se aprimorem e permanecerem esta condição, estando de fato, ainda, no que cada um ou de destruição não verdadeira poderá gerar a obrigação de restar o valor recebido, além do ressarcimento judicial por infração do artigo 260 do Código Penal.

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
 36 - CPF (nacional) de quem assina o pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar): \_\_\_\_\_  
 38 - 34 | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 22 | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 40 - Endereço: 934353855 00046371173 00046371173  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Wilielma de Souza Santos  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
 43 - Assinatura do Presidente (se houver): \_\_\_\_\_

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO  
**0540622-8**

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.476/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 308/13

**CONTA MENSAL DE VENCIMENTO**

Mês: 03/2017 | Vencimento: 28/03/2017 | Consumo (kWh) | Total a Pagar (R\$) | 13,32

MIRIA ALVES DA SILVA  
V. 02 KM 7,84 RURAL  
CIF: 00010026614200  
CIP: 69.340-000 - CAMPOMS NOVOS

ROT: 201.038.01.51.039000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATOS DA LEITURA	
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 Padrão:	46	F.CAM	Apresentação:	13/03/2017
Forma de Pagamento: NORMAL	Fator de Potência:		Data de Consumo:	19

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posição	Código Faz.	Média 12 meses
RURAL	MONO	6697	1	1	1,3

HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo		DESCRIÇÃO DA CONTA			
FEB/17	0	CONSUMO	46 A R\$ 0,289694 =	13,32	
JAN/17	142				
DEZ/16	139				
NOV/16	136				
OUT/16	134				
SET/16	114				
AGO/16	116				
	6				
	115				
	115				
MAR/16	118				
Tributos SEN TRIBUTOS:	0,00				
Total:	46 - 0,289694				

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Este documento é de propriedade da Eletrobras. É vedada a sua reprodução, total ou parcial, sem a prévia autorização escrita da Eletrobras.

13/03/2017 - FATOURAMENTO - FATOURAMENTO - 13/03/2017

**RESERVADO AO FISCO** 0FB6.45236124.523.0048.450B.54AB.C8C6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	4,63	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:	2,45	Valor do COFINS:	0,16

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	01/03	02/03	DM 03	01/04			
Mês:	0,00	0,00	0,00	0,00	Mês:		
Resumo:	0,00	0,00		0,00			
Consumo:					Período de		
					Impressão:		
					EDP:		



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 825 396 343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilcilene dos Santos me Edo inscrito (a) no CPF sob o Nº 000 463 712 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Wilcilene dos Santos me Edo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000 463 712 / 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	R. CC 31	Número	284	Complemento
Bairro	Iacanga morada	Cidade	Boa Vista	Estado RR CEP 6931050
Email		Telefone comercial(DDD)	991 133955	Telefone celular (DDD)

Boa Vista, 09 de dezembro de 19  
Local e Data

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante

IRACEMA



PREFEITURA DE IRACEMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA

GUIA DE REMOÇÃO - UBS ANA HIPÓLITO DOS SANTOS - CAMPOS NOVOS - IRACEMA

NOME DO PACIENTE:	<u>Wililene dos Santos Mocelle</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	<u>15/10/31/88</u>		
CARTÃO DO SUS:	<u>700 50913828 7250</u>		
TELEFONE:	<u>( )</u>		
CIDADE:	<u>UF: RR</u>		
ENDEREÇO:			
ANAMNESE- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	<u>Fraturado na M-S-D</u>		
AREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO			
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS	<u>Solicitar audioglosia médica</u>		
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO.	DATA DE EMISSÃO:	<u>30/09/2014 / hora 17:30</u>	
	UNIDADE SOLICITANTE:	<u>PF. Ana Hipólito dos Santos</u>	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO.	ENCAMINHADO PARA:	<u>Hospital de Macapá</u>	
ASSINATURA E CARIMBO	ENDEREÇO:	<u>Macapá</u>	
	CIDADE:		
	UF:		
	ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA) DIAS A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO		



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## **ASSISTÊNCIA-MÉDICA-SANITÁRIA**

N REG.

**Sexo:** M ( ) F (x)

### **Bairro:**

Nome: Wilcylene dos Santos Macedo

Endereço: Vicinal 02 104, Campos Novos

Filiação Pai : Francisco Teles Nogueira

Mãe: Dominica Santos

Mae: Jomirice S<sup>o</sup>n<sup>ha</sup>  
Data de Nasc: 15/03/98 Naturalidade: Caracarau - PR Est.Civil: União estável

Profissão: Agricultor Instituto: INPS() FUNRURAL() SS()

## **ASSISTÊNCIA – MÉDICA – SANITÁRIA**

DATA	CONSULTAS-VISITAS-EXAMES DE LABORATORIO PRESCRIÇÕES	ASSINATURA
30/09/14	<p>Deu entrada na UBS, Anna Hipólito das Santos às 18:00 hs. vítima de um acidente de carro, no qual estava com suspeita de fratura no M.S.Q, foi feito examp. clínicos TM, e a mesma foi removida ao Hospital Geral da Boa Vista para avaliação médica, foiacompanhada pelo técnico em enfermagem Francisco Alves.</p>	<p>Téc. Francisco Alves Caren RR 860.001</p>

1901168294	30/09/2019 20:23:21	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-						
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Verde					
WILCILENE DOS SANTOS MACEDO		15/03/1988	31 A 6 M 15 D	700509138287250	00046371273	Azul Ass.: Prontuário					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	00082440			
IDENTIDADE	270727			F		PARDA	Nacionalidade				
Mãe				Pai			BRASILEIRA				
DOMINGAS DOS SANTOS				FRANCISCO TELES MACEDO	Contato						
Endereço					(95) 93627-5156	Ocupação					
- CAMPOS NOVOS - 131 -- IRACEMA - RR						NÃO INFORMADA					
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal						
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE										
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão					
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA										
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.									
GRANDE TRAUMA	AMBULANCIA (HOSPITAL)										
Queixa Principal	( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue										
ACIDENTE CARRO -		DOR BRAÇO D.									
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"> <tr> <td>GSC</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</td> <td></td> </tr> </table>							GSC	TOTAL	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
GSC	TOTAL										
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456											
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. FERIDA A ESQUA UNIDADES COM USD IMOBILIZADO. APARECEU DE DOR INTENSA.</p>										
Exame Físico	<p>BET OF CONDIÇÃO, LORE, AAA.</p>										
Hipótese Diagnóstica	<p>ACORGIA / FRATURA DO MOLHO?</p>										
SADT - Exames Complementares	<p>( ) RAIO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:</p>										
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO							
<p>① PRENOM TAMP S/ED ALTA</p> <p>② RADIOGRAFIA</p> <p>③ À ORTOPEDIA</p>		<p>AV. BIRABERI</p> <p>AV. BIRABERI</p> <p>AV. BIRABERI</p>		<p>5/11/2019</p> <p>5/11/2019</p> <p>5/11/2019</p>							
Conduta	<p>( ) Alta por Decisão Médica ( ) Ambulatório</p> <p>( ) Alta a Pedido ( ) Observação (Até 24h)</p> <p>( ) Alta a Revelia ( ) Internação</p> <p>( ) Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / /</p>										
bito											
antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não	Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica / / /										

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: matheus.alves  
Data Hora: 30/09/2019 20:25:12



# TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo  
Decreto Presidencial nº 1.000, de 10 de setembro de 1943, e  
nº 22.013, de 26/5/1943, e posteriormente alterada  
pelo Decreto-lei nº 1.116, que aprova o CTB.  
Elá é o documento original para o reconhecimento do seu  
emprego ou atividade profissional.

Nela devem ser registradas todas as partes  
do Contrato de Trabalho, elementos básicos  
para o reconhecimento dos seus direitos profissionais  
e sociais, do Trabalho, bem como suas  
obrigações de apresentação e denúncia de  
frequenciários, garantindo, ainda, sua habili-  
dade ao seguro desemprego e ao fundo de  
Garantido tempo de serviço - FGTS.

O conjunto das anotações contido neste  
documento e o seu estado de conservação  
espeleiam excedente e qualificação e a atividade  
profissional do seu donatário.

Pela sua importância é seu dever protegê-la e  
Cuidá-la, por meio do seu registro de sua  
Profissão e a prática da preservação e validade  
de seus direitos como trabalhador e cidadão  
continuo para atingir o seu futuro e o de seus  
dependentes. Pode, ainda, ser também este  
documento de identificação.

**CONSELHO NACIONAL DE RECURSOS DO  
FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TRABALHADOR**

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

# CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

166.58911.24-0

3762885

0050

RR

*WILCILENE DOS SANTOS MACEDO*  
ASSINATURA DO TITULAR



## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



### WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

FILIAÇÃO..... DOMINGAS DOS SANTOS  
FRANCISCO TELES MACEDO  
NASCIMENTO..... 15/02/1988  
ESTADO CIVIL... SOLTEIRO  
NATURALIDADE: CARACARAÍ - RR  
DOCUMENTO..... R.G. - 270727 - 09008/2008 - SESP - RR  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF ..... 000.463.712-73 CNH.....  
TIT. ELEITOR: 004454722631 SEÇÃO: 0072 ZONA: 006  
LOCAL DE EMISSÃO: BRTEIR - BOA VISTA  
DATA DE EMISSÃO: 28/03/2017

ACORDO SOBRE A DOCUMENTAÇÃO  
Representante legal da pessoa jurídica ou  
do seu responsável

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

Nome:

DATA DE Nascimento:  
DOCUMENTO:

Nome:

DOCUMENTO:

Nome:

DOCUMENTO:

Nome:

DOCUMENTO:

## LEGENDA

1 - DOCUMENTO DE USO PROIBIDO - ESCRITÓRIOS PESSOAIS  
2 - DOCUMENTO ADUANEIRO - CONSULADOS

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - RR** N° 013975880600  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME  
JURANDIR ALVES DA SILVA

RR

CPF / CNPJ	PLACA
641.429.572-87	JWT2454
PLACA ANT / UF	CHASSI
	9BGSC80N01C230122

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
MIS/CAMIONETA/NAO APLIC.	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
GM/CORSA ST	2001	2001

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/092CV /, 6T	PARTICU	PRATA

I P V A	COTA ÚNICA *ISENTO*	VENC. COTA ÚNICA *****	VENC / COTAS 1*****
	FAIXA IPVA ISENTO (+ DE 10 ANOS)	PARCELAMENTO / COTAS	2***** 3*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS)	IOF (RS)	PRÉMIO TOTAL (RS)	DATA DE PAGAMENTO
R\$0.06		R\$16.21	04/09/2019

OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO *			
LOCAL	DATA		
BOA VISTA-RR	04/09/2019		
Brasília			
Centro Administrativo Nacional			
DETTRAN-RR			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

**RR N° 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](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 04/09/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	641.429.572-87	JWT2454

BENAVAM	MARCA / MODELO
00757296726	GM/CORSA ST

ANO FAB.	DATA TARF.	AN. CHASSI
2001		9BGSC80N01C230122

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

FNS (RS)	DENATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
R\$5.4	R\$0.6	R\$6

CUSTO DO BILHETE (RS)	IOF (RS)	TOTAL DA PREÇO PAGO PELO SEGURO (RS)
R\$4.15	R\$0.06	R\$16.21

PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	04/09/2019
<input type="checkbox"/> PARCELADO	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

**CONTRAN**

**DETTRAN**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

**Vítima:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

**CPF:** 000.463.712-73

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/09/2019

**Titular do CPF:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## 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](http://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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

**Vítima:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

**CPF:** 000.463.712-73

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/09/2019

**Titular do CPF:** WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## 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](http://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

**Valorização 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