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: 297023632021020417503 8

Processo 0830131-78.2020.8.23.0010 - (72 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: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência
Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor
Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à
Descrição:

30 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 30 500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
30	04/02/2021 17:50:38	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE**	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
29	02/02/2021 00:04:53	**DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS** (Para Perito Rogerio Leonardo de Paula Dias *Referente ao evento (seq. 24) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE(20/01/2021) e ao evento de expedição seq. 25.	SISTEMA CNJ
28	29/01/2021 00:06:50	**DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS** (Para Perito Rogerio Leonardo de Paula Dias *Referente ao evento (seq. 10) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(14/12/2020) e ao evento de expedição seq. 14.	SISTEMA CNJ
27	29/01/2021 00:05:39	**DECORRIDO PRAZO DE WILCILENE DOS SANTOS MACEDO** (P/ advgs. de wilcilene dos santos macedo *Referente ao evento (seq. 20) RETORNO DE MANDADO (12/01/2021) e ao evento de expedição seq. 22.	SISTEMA CNJ
26	23/01/2021 10:08:38	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo Perito Rogerio Leonardo de Paula Dias) em 25/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 24) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE (20/01/2021) e ao evento de expedição seq. 25.	Rogerio Leonardo de Paula Dias **Perito**
25	22/01/2021 08:51:54	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para Perito Rogerio Leonardo de Paula Dias com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE (20/01/2021)	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA **Analista Judiciário**
24	20/01/2021 17:00:08	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE** Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (14/12/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
23	18/01/2021 16:09:22	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (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.	Wallyson Barbosa Moura **Advogado**
22	13/01/2021 10:27:31	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** 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)	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA **Analista Judiciário**
21	13/01/2021 10:27:20	**JUNTADA DE COMPROVANTE** 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	JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA **Analista Judiciário**
20	12/01/2021 13:48:41	**RETORNO DE MANDADO** Referente ao evento (seq. 18) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/01/2021 11:18:16). Parte: wilcilene dos santos macedo	Antonio Edimilson Vitalino de Sousa **Oficial de Justiça**
19	12/01/2021 09:27:17	**REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO** 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	JHEMENSON SANTOS FERREIRA **Servidor Central de Mandados**

30.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAIS03.pdf	Público
30.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo02.pdf	Público
30.3 Arquivo: GUIA DE DEPOSITO	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772383JUNTADAHONORARIOSPERICIAISAnexo03.pdf	Público

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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, 2 de fevereiro 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**. 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

Pag. 01085/01086 - carta_01 - INVALIDEZ

00050543

Carta nº 15248137

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **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

Pag. 00269/00270 - carta_31 - INVALIDEZ
00070135
Carta nº 15299460

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: Wilcilene dos Santos macedo

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Wilcilene dos Santos macedo
6 - CPF: 00046371273
7 - Profissão: Agricultora
8 - Endereço: R. Vicinal 02, km-07
9 - Número: 84
10 - Complemento:
11 - Bairro: Campos Novos
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69340000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99133855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0522 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 0001133 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

PERMANENTE

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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Boa Vista 09 de dezembro 19

Wilcilene dos Santos macedo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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	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 - 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
CPF/CNPJ do Proprietário 641.429.572-87
Renavam 00757296726
Número do Chassi 9BGSC80N01C230122
Cor PRATA
Município Veículo Boa Vista
Modelo GM/CORSA ST
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 01/04/2016

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa JWT2454
Número do Motor 4B0003314
Ano/Modelo Fabricação 2001/2001
UF Veículo Roraima
Marca/Modelo GM/CORSA ST
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Wilcilene dos Santos Macedo	Exibidor

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.
É o relato.

ASSINATURAS

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

wilcilene dos santos macedo
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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
31 OUT 2019
AGENTE DE POLÍCIA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de coberturas: [ ] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [X] INVALIDEZ PERMANENTE [ ] MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 000 463 711 73 | 4 - Nome completo da vítima: Willelmo dos Santos Machado

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Willelmo dos Santos Machado
6 - CPF: 000463711 73
7 - Profissão: Agricultor
8 - Endereço: Rio Vicinal 02 km 07
9 - Número: 84
10 - Complemento:
11 - Bairro: Campos Novos
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69340 000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99 [illegible] 3855

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:

[X] 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: [X] BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO [ ] REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

[X] CONTA POUPANÇA (Exclusivo para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[X] Bradesco (237) [ ] Itaú (341)
[ ] Banco do Brasil (001) [ ] Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0922 [ ] (Informar o dígito se existir) CONTA: 0001133 9 (Informar o dígito se existir)

[ ] CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 e que ao fazê-lo, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total ao valor recebido.

PERMANENTE

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

[X] 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 de 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: [ ] Solteiro [ ] Casado (ou 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 pai e/ou mãe vivos? [ ] Sim [ ] Não
31 - Vítima tem 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 o pedido (a rogo)

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data: Boa Vista 03 de dezembro 19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Willelmo dos Santos Machado

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

FOR.000 [illegible]

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO: 0549822-8

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/11

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 MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MARCO/2017	28/03/2017	46	13,32

MARIA ALVES DA SILVA
V. 02 KM 7,84 RURAL
CPF: 00010026614200
CEP: 69.340-000 - CAMPOS NOVOS

ROT: 201.038.01.51.039000

DADOS DA LEITURA

	kWh	kVArh
Atual:	7799	
Anterior:	7753	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	46	
Consumo Faturado:	46	FCAM

DATAS DA LEITURA

Atual:	13/03/2017
Anterior:	22/02/2017
Próxima Leitura:	10/04/2017
Emissão:	13/03/2017
Apresentação:	13/03/2017

Forma de Faturamento: NORMAL | Fator de Potência: | Dias de Consumo: 19

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RURAL	MONO	669771		4.2.2.1	128

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
FEV/17	0
JAN/17	142
DEZ/16	139
NOV/16	136
OUT/16	134
SET/16	[illegible]4
AGO/16	116
[illegible]/16	115
[illegible]/16	115
MAI/16	118

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0/A 46 - 0,2[illegible]

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 46 A R$ 0,289694 = 13,32

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano Valor R$
0./2017 30,[illegible]

[illegible]

RESERVADO AO FISCO 0FB6.452[illegible]6124.52[illegible]3.0048.45DB.54AB.C8C6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	4,63
Energia:	6,13
Transmissão:	0,00
Encargos:	0,11
Tributos:	2,45

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	13,32
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	2,26
Valor do PIS:	0,03
Valor do COFINS:	0,16

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Apurado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto: | Período de apuração: 01/2017 | EUSD:

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0070349-4

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

CONTA MÊS	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	kVArh
Atual:	37543	
Anterior:	37276	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	267	
Consumo Faturado:	267	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	23/07/2019
Anterior:	21/06/2019
Próxima Leitura:	23/08/2019
Emissão:	22/07/2019
Apresentação:	23/07/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	1160806955	8-15 1801	1.1-1.2	233

HISTÓRICO kWh Mês/ano	consumo
JUN/19	147
MAI/19	212
ABR/19	239
MAR/19	182
FEV/19	170
JAN/19	294
DEZ/18	210
NOV/18	280
OUT/18	292
SET/18	229

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 267 - 0.634620

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO 267 A R$ 0,764602 =	204,14
CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00	0,04
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,88
MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00	1,56
JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00	0,29
MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,27
JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00	1,85
ILUMINACAO PUBLICA	25,53

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
06/2019	148,63

LIGUE 08007019120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	52,45
Energia:	111,22
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,77
Tributos:	34,70

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	204,14
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	34,70
Valor do PIS:	0,00
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

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

Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAM

83620000002 1 37560075000 0 00000000000 3 34940719008 2

SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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[1] 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**[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 000403712 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wileilne 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		Número	Complemento
R. CC 11		294	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Laura moreira	Boa Vista	RR	69031050
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
		991133955	

Boa Vista, 09 de dezembro de 19
Local e Data

William gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

IRACEMA

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

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

NOME DO PACIENTE: Willilene dos Santos Morecle

CARTÃO DO SUS: 700 5091 3828 7250

DATA DE NASCIMENTO: 15/03/88

TELEFONE: ( )

CIDADE:

UF: RN

ENDEREÇO:

ANAMNESE- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura no M.S.D

AREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO

EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS Solicito Avaliação Medica

ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO.

DATA DE EMISSÃO: 30/05/2014 / HORA 17:30

UNIDADE SOLICITANTE: PSF. Anna Hipólito dos Santos

ENCAMINHADO PARA: Hospital de Mucoge

ENDEREÇO: Mucoge

UF:

CIDADE:

AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO.

ASSINATURA E CARIMBO

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.

Nome: Wilcilene dos Santos Macedo **Sexo:M ( ) F (X)**
Endereço: Vicinal 02 de Campos Novos **Bairro:**
Filiação Pai : Francisco Teles Macedo
Mãe: Domingas Santos
Data de Nasc: 15/03/88 **Naturalidade:** Caracaraí - RR **Est.Cilvil:** União estável
Profissão: Agricultora **Instituto: INPS( ) FUNRURAL( ) SS( )**

Incrições	Data	Diagnostico	Data	Incrições	Data	Diagnostico	Data	Imunização	Data

ASSISTÊNCIA – MÉDICA – SANITÁRIA

DATA	CONSULTAS-VISITAS-EXAMES DE LABORATORIO PRESCRIÇÕES	ASSINATURA
30/09/19	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 o amp. dipirona IM, e a mesma foi removida ao hospital Geral de Boa Vista para avaliação médica, foi acompanhada pelo técnico em enfermagem Francisco Alves.	Téc. Francisco Alves COREN RR 860.001

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

1ª Classificação | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.: | Reclassificação ___:___ ( ) Vermelho ( ) Laranja ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul Ass.:

Raquel L. Salazar
COREN-RR 001.058.491-TE

1901168294 30/09/2019 20:23:21 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19-07 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: **IDENTIDADE** Documento: **270727** Órgão Emissor Data Emissão Sexo: **F** Estado Civil Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade 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
Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Nº da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE CARRO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **AMBULANCIA (HOSPITAI** Procedimento Sol.
Registrado por: **MATHEUS.ALVES**

Queixa Principal
( )Síndrome Febril ( )Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

ACIDENTE CARRO - DOR BRAÇO D.

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. TRAZIDA A ESTA UNIDADE COM MSD IMOBILIZADO. QUEIXA-SE DE DOR INTENSA.

Exame Físico

BEG p/ CONDIÇÃO, LOTE, AAA.

ALERGIA Ø

Hipótese Diagnóstica

FRATURA DE ÚMERO?

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) DIPIRONA 1amp EV AGORA		
(2) RADIOGRAFIA		
(3) À ORTOPEDIA		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N ... 9 - DEZ 2019 ... Original ... neste Hospital

Conduta
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( )Transferência para:
( ) Ambulatório
( ) Observação (Até 24h)
( ) Internação
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

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

1901168294

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29/10/1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 01/05/43 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto das anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância é seu dever protegê-la. Cuidá-la, pois através dela é o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão e contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 166.58911.24-0

Número	Série	UF
3762885	0050	RR

Wilcilene dos Santos Macedo

ASSINATURA DO TITULAR

03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

FILIAÇÃO............: DOMINGAS DOS SANTOS
FRANCISCO TELES MACEDO

NASCIMENTO.....: 15/03/1988
ESTADO CIVIL....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: CARACARAÍ - 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 CNH.....:
TIT. ELEITOR: 004454722631 SEÇÃO: 0072 ZONA: 006

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO.: 28/03/2017

ADELINO PEREIRA MOTA BEZERRA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR
ASSINATURA DO EMISSOR

14117.3762885.50-67

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE ... PAIS

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

L E G E N D A

03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013975880600

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

8 1 0 8 1 0 0 0 7 8 0

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

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
MIS/CAMIONETA/NÃO APLIC.	GASOLINA

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

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

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
ISENTO	********	1ª******** 2ª******** 3ª********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
ISENTO(+ DE 10 ANOS)	

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

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO *

LOCAL	DATA
BOA VISTA-RR	04/09/2019

Rio Branco Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR

EXPEDIDOR

DENATRAN

CONTRAN

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

RR Nº 013975880600 BILHETE DE SEGURO DP

2019

641.4

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃ
2019	04/09/201

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	641.429.572-87	JWT2454

RENAVAM	MARCA / MODELO
00757296726	GM/CORSA ST

ANO FAB.	CAT.TARF.	Nº CHASSI
2001		9BGSC80N01C230122

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO
R$4.15	R$0.06	R$16.21

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA / PARCELADO	04/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

CONTRAN DENATRAN

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

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

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-07, 84
BAIRRO: Campos Novos CIDADE: Iracema
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: Corretor
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- Laura 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 transito, 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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Wilcilene dos Santos Macedo
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
163282 3 ...
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"1 WILCILENE DOS SANTOS MACEDO
163.282
Em testemunho da verdade. BPG
De que dou fé. Boa Vista RR, 06 de dezembro de 2019
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselorr.com.br
RECFIR1562960BB8UABHOLMUGE61 /
Emolumentos: R$ 2,45 ...

Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449926/19

Vítima: WILCILENE DOS SANTOS MACEDO

Data do acidente: 30/09/2019

CPF: 000.463.712-73

CPF de: Próprio

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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 13/12/2019	Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Banco do Brasil

N° DA CONTA JUDICIAL
600113654623

N° DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
0	13/01/2021	3797	ESTADUAL

DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO	TRIBUNAL
12/01/2021	2772383	08301317820208230010	TRIBUNAL DE JUSTICA

COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R$)
BOA VISTA	2 VARA CIVEL RESIDUAL	RÉU	200,00

NOME DO RÉU/IMPETRADO	TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	Jurídica	09248608000104

NOME DO AUTOR / IMPETRANTE	TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
WILCILENE DOS SANTOS MACEDO	Fisica	00046371273

AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA
A4A34DE31F4281E1

CÓDIGO DE BARRAS