

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338202

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

Data do Acidente: 27/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 060.129.682-64 4 - Nome completo da vítima: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES

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

5 - Nome completo: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES 6 - CPF: 060.129.682-64
7 - Profissão: ALICIONADO 8 - Endereço: R. PROFESSORA ANTONIA COTRIM 9 - Número: 1484 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-316-755
15 - E-mail: SANTANA.GUIMARÃES@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 97/99164-3685

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: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 25593266 6
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (reser)? ☐ 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 RR, 02-09-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 10155/2020 - Registrado em: 02/09/2020 às 11h 03min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 27/06/2020 às 21h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N 11

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: BAR / LANCHONETE / CAFE

Referência: EM FRENTE A DISTRIBUIDORA TRAVADÃO

Complemento: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES (19), nascido(a) em 24/08/2001, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ESTUDANTE, CPF Nº 060.129.682-64, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de SONIA GONÇALVES LIMA e KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA, endereço: RUA PROFESSORA ANTONIA COUTRIN, cep: 69316-755, Nº: 1484, bairro: PINTOLANDIA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PX MATERIAL D CONSTRUÇÃO EXTRA, Telefone: (95) 99128-9327.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO ACONTECEU O SEGUINTE FATO,QUE CAMINHAVA PELA REFERIDA RUA QUANDO ACONTECEU UM ACIDENTE ENTRE UM GOL VERMELHO DE PLACAS JXU 2226 DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO E UMA MOTOCICLETA DE PLACAS E CONDUTOR NÃO INFORMADO,A REFERIDA MOTOCICLETA COM O IMPACTO INVADIU A CALCADA E ATROPELOU A COMUNICANTE VINDO A BATER COM A CABEÇA NO MEIO FIO E DESMAIOU CAUSANDO SEQUELAS DE TCE,O RESGATE FOI ACIONADO E A MESMA FOI SOCORRIDA ATÉ O GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JUVENAL JOSÉ DOS SANTOS JUNIOR
APC
MATRÍCULA: 42000251
ASSINADO ELETRONICAMENTE

**Keyciany Samyllys Gonçalves Gomes*
KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES
GOMES
COMUNICANTE

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 320033 Data da solicitação: 08/10/2020
 Nome do beneficiário: KEICIANY SAMUELLYS GONCALVES COMES CPF do beneficiário: 060.139.682-64
 Nome do solicitante: CEC SANTANA PEREIRA JORNADA CPF do solicitante: 622.942.803-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9119-8685 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
 E-mail: SANTANA@JORNADA.PR.COM.BR

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Carimbo da Delegacia Especializada
 (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEDIR REANÁLISE DO SINISTRO EM VIRTUDE DO B.O.
CONTENDO CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ASSIM
COMO NOME FUNÇÃO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA
INFORMANDO AINDA QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO ETER-
NAMENTE PELA DELEGACIA DA ESPECIALIZADA.
TENDO FE PÚBLICA.

BOA VISTA-PE, 08/10/2020
 Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

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: 060.129.682-64 4 - Nome completo da vítima: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES

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

5 - Nome completo: KEVCIANY SAMMYLLYS GONÇALVES GOMES 6 - CPF: 060.129.682-64
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. PROFESSORA ANTONIA COELHO 9 - Número: 1484 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DINTOLANDIA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-316-755
15 - E-mail: SANTANA@GOMESREPRESENTANTE.COM 16 - Tel.(DDD): 97 99164-3685

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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 255932666 (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) ☐ Divorçado ☐ 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(a) reser? ☐ 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 RR, 02-09-2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Enio Garcez, 881 - Centro - Boa Vista - RR

CEP: 69.000-000 Fone: (16) 3211-1111 Fax: (16) 3211-1111

E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal: 000270036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada em 01/01/2007 e tem vigência até 31/12/2017.

FEVEREIRO/2018

06/03/2018

765

433,51

KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA

R. PROFESSORA ANTONIA CUTRIM 1484 PINTOLANDIA

CPF: 00051804291272

CEP: 69.316-755 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.14.095900

Consumo	49447	17/02/2018
Limite	48682	17/01/2018
Constante de Manutenção	1,000	17/03/2018
Consumo Medido	765	16/02/2018
	765	17/02/2018

NORMAL

FCAM

31

RESID. EX. RENDA BI

E2831803

M 1409526

1.4.1.2

829

CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
JAN/18	811	30 A R\$	0,197032 = 5,91
DEZ/17	956	70 A R\$	0,337772 = 23,64
NOV/17	961	120 A R\$	0,506665 = 60,79
OUT/17	886	545 A R\$	0,562958 = 306,81
SET/17	852		
AGO/17	781	SUBVENCAO BAIXA RENDA	39,68
JUL/17	660	CORRECAO MONETARIA DA 12/17-00	0,01
JUN/17	773	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	1,26
MAI/17	700	MULTA POR ATRASO DE I 12/17-00	0,56
ABR/17	746	JUROS DE MORA POR ATR 12/17-00	0,06
		MULTA POR ATRASO 12/17-00	13,30
		JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	2,43
		ILUMINACAO PUBLICA	18,74

Mes/Ano

Valor R\$

01/2018

453,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/03/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos resultará na inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

C3EE.5964.DOCE.6088.BC41.14C1.83F0.71FD

DEBITOS	DEBITOS	DEBITOS	DEBITOS
Desconto	119,14	Base de Cálculo	397,15
Energia	190,62	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Alíquota IPTU	67,51
Energia	7,94	Valor de PIS	2,12
Tributo	79,45	Valor de COFINS	9,82

5,43 10,86 21,73 3,61 7,22 14,45 3,11
3,03 7,00 0,84

DISTRITO

ROT: 8.001.16.14.095900

12/2017

193,77

Eletrobras
Distribuição Roraima

0062680-5

02/2018

06/03/2018

000270036 FCAM

836200000004 7 33512075000 9 000000000062 0 68050218008 5



SEQ.: 00161 UC: 0062680-5 DT.LEIT.: 17/02/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 40447



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este número

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 671 - 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 autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5405120 FCAM*

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\$)
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,07

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA

Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	27842							
Leit. Anterior	27544							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	298							
Faturado:	298							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	298 A R\$ 0,755234 =	225,05
ILUMINACAO PUBLICA		29,02

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 298 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

0	62	75	80	1239	194	206	280	323	298	298
---	----	----	----	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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/BIBI/NOTICIAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOZA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KEYCIANY SAMYLLYS G. GOMES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 660.129.682, 64 do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.129.682, 64 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>RUA GIDEÃO</u>		Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
					<u>95199169-3685</u>	

BOA VISTA, 14 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

x _____
[Assinatura]



2001252668

27/06/2020 22:00:47

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 15

Paciente: **KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES**
Data Nascimento: **24/08/2001** Idade: **18 A 10 M 3 D** CNS: _____ CPF: _____ Prontuário: _____
Tipo Doc: _____ Documento: _____ Órgão Emissor: _____ Data Emissão: _____ Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(A) PARD** Raça/Cor: _____ Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **SONIA GONCALVES LIMA** Pai: **NI** Contato: **(95) 99121-5056**
Endereço: **RUA - PROFESSORA ANTONIA CUTRIM - 1484 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR** Ocupação: _____

Class. de Risco: _____ Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: _____ Validade: _____ Autorização: _____ Sis Prenatal: _____
Motivo do Atendimento: **ATROPELAMENTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: _____ Procedência: _____ Temp.: _____ Peso: _____ Pressão: _____
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: _____ Registrado por: **WALDEMAR.STOCKER**

Queixa Principal: _____
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC: _____ TOTAL: **15**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: _____ h)

*Paciente vítima de atropelamento por moto
ciclote - / Trauma no joelho*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO - X ☐ ULTRA - SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Dipirona 1g (EV) agora
2) Temoxicamida 20mg (EV) agora
3) TC Crânio, cervical, face, escápula (E)
Solicitado laudo de TC realizada
Observação
Paciente mantém queixa de vertigem e não consegue sentar-se.

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: **waldemar.stocker**
Data Hora: **27/06/2020 22:02:33**

10.102.5.252:8888/IS4/IS4//A913DA82-3313-4D66-83DA-30F25AFCC35C.html

*Elas Cordeiro Sousa
Enfermeira Geral
CRM-RR 1103*

*Thaís S. I. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061*



2001252668

*Thaís S. I. Ferreira
Médica
CRM-RR 2061*



AV. Mario Romeu de Melo, 5435
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85
CRES: 6633668

Nome: KEYCIANY SAMILLYS GONÇALVES GOMES
Medico: DRA. RAISA S.W MURARI

Pedido: 0010081666
Idade: 10ano(s)
Coleta: 02/07/2020

EXAME: HEMOGRAMA

MÉTODO: Automatizado
AMUSIKA.....: Sangue total (EDIA)

Eritrograma:

Intervalo de Referência :

Hemácias: 4.36 mm³
Hemoglobina.....: 13,3 g/dl
Hematócrito.....: 40,0 %
V.C.M.....: 91,74 fl
H.C.M.....: 30,50 pg
C.H.C.M.....: 33,25 %
RDW.....: 11,4 %

MULHER:	HOMEM:
4,0 a 5,2 x 10 ⁶ /mm ³	4,5 a 5,9 x 10 ⁶ /mm ³
12 a 16 g%	13,5 a 17,5 g%
35 a 46 %	41 a 53 %
80 a 100 fl	80 a 100 fl
26 a 34 pg	26 a 34 pg
31 a 36 %	31 a 36 %
11,5 a 15 %	11,5 a 15 %

Leucograma:

Global.....: 7.430 / mm³

3,5 a 10 x 10³ / mm³

Diferencial%mm ³
Neut. Metamielocitos.:	%	
Neut. Bastonetes.....:	0,0 %	0
Neut. Segmentados.....:	76,7 %	5.700
Eosinófilos.....:	1,7 %	126
Basófilos.....:	0,2 %	15
Linfócitos.....:	15,8 %	1.170
Monócitos.....:	5,6 %	416
Blastos.....:	0,0 %	0

...mm ³ ...
0 a 0
Ate 840
1.700 a 8.000
50 a 500
Ate 100
900 a 2.900
300 a 900
0 a 0

Plaquetas.....: 282.000 mm³

150.000 a 450.000 / mm³

RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrócitos.

Vanessa Gomes de Aicantara
Farmaceutica-Bioquímica
CRF/RR - 623

Nome: **KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES**
Data: 02/07/2020 Idade: 18A10M Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: **MAXIMO EDUARDO**

Cód. Pac.: 57139

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo:

Realizados cortes axiais do crânio no plano órbito meatal, antes e após a injeção endovenosa de contraste iodado.

** Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.*

Indicação clínica:

- TCE.

Relatório:

- Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.
- Tronco cerebral e cerebelo preservados.
- Sulcos e cisternas cerebrais normais para a faixa etária
- Ventriculos laterais e III ventrículo com morfologia, dimensões e situação normais.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.
- Não foram evidenciadas áreas de captação anômalas após a injeção do meio de contraste.

Conclusão:

- **Exame sem alterações significativas.**

Dr. Leomar Hiotuzzi
Médico
CRM/RR 1232

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hiotuzzi
Membro titular do CBR

/ CRM:1232 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Nome: **KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES**
Data: 02/07/2020 Idade: 18A10M Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: Raisal S. W. Murari

Cód. Pac.: 57139

ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL E VENOSA DO CRÂNIO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector, com uso de bomba injetora.
* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação clínica:

- TCE.

Relatório:

- Artérias carótidas internas pervias, com trajeto e calibre preservados.
- Sifões carotídeos tópicos, de dimensões e atenuação para fluxo habituais.
- Artérias vertebrais e basilar pervias, com trajeto e calibre preservados.
- Segmentos identificados do Polígono de Willis com trajeto, calibre e atenuação para o fluxo normais.
- Não há evidências de estenoses, dilatação aneurismáticas ou malformações arteriovenosas nos segmentos arteriais.
- Seios sagital superior, inferior, reto, confluência dos seios, seios transversos e sigmóides apresentando dimensões e captação de contraste habitual, sem evidências de trombos no seu interior.
- Veia corticais superiores e drenagem venosa central sem alterações aparentes.
- Não há evidência de trombose no seio venoso.
- Não há evidências de infartos venosos.

Conclusão:

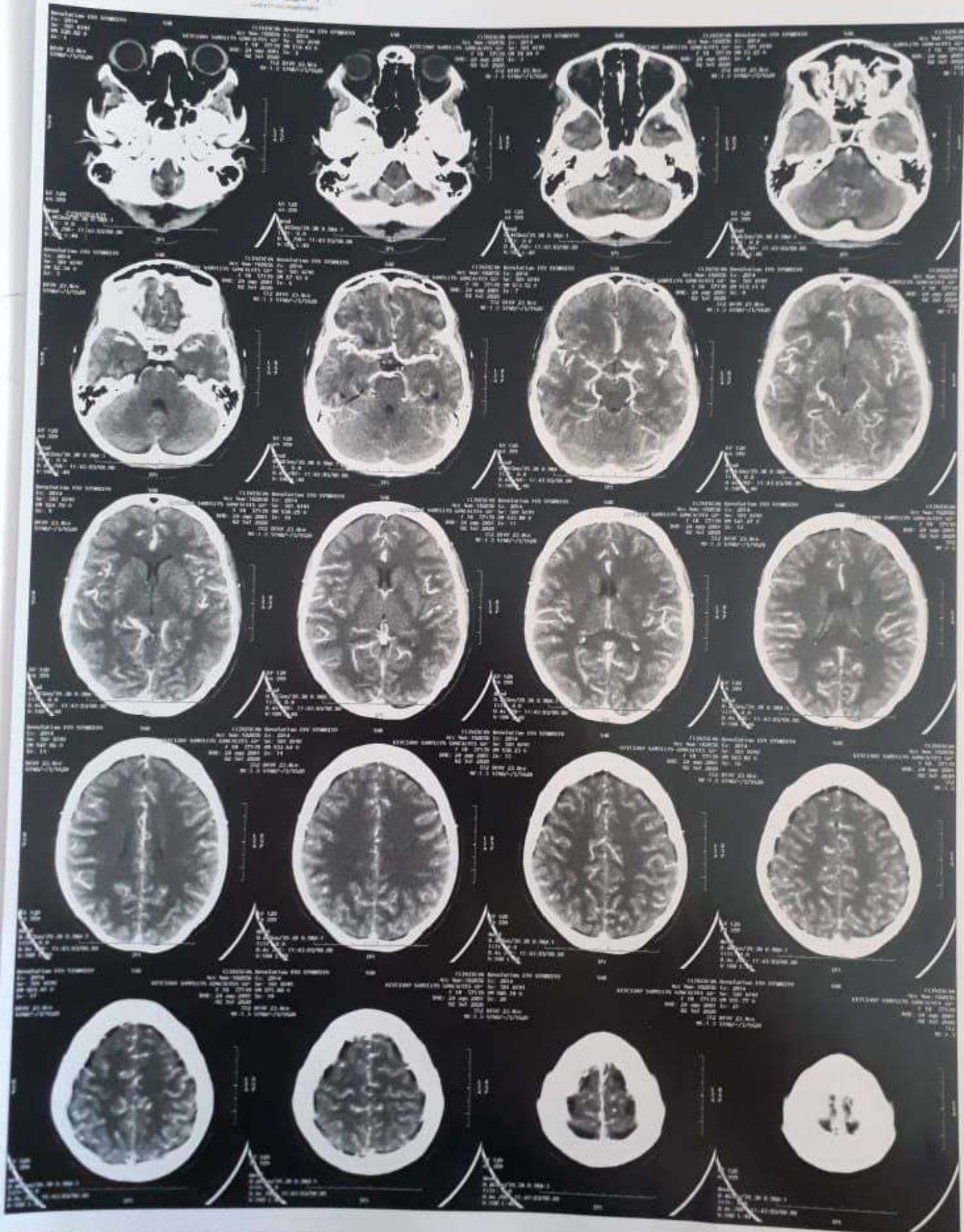
- Exame de Angiotomografia arterial e venosa do crânio sem alterações significativas.

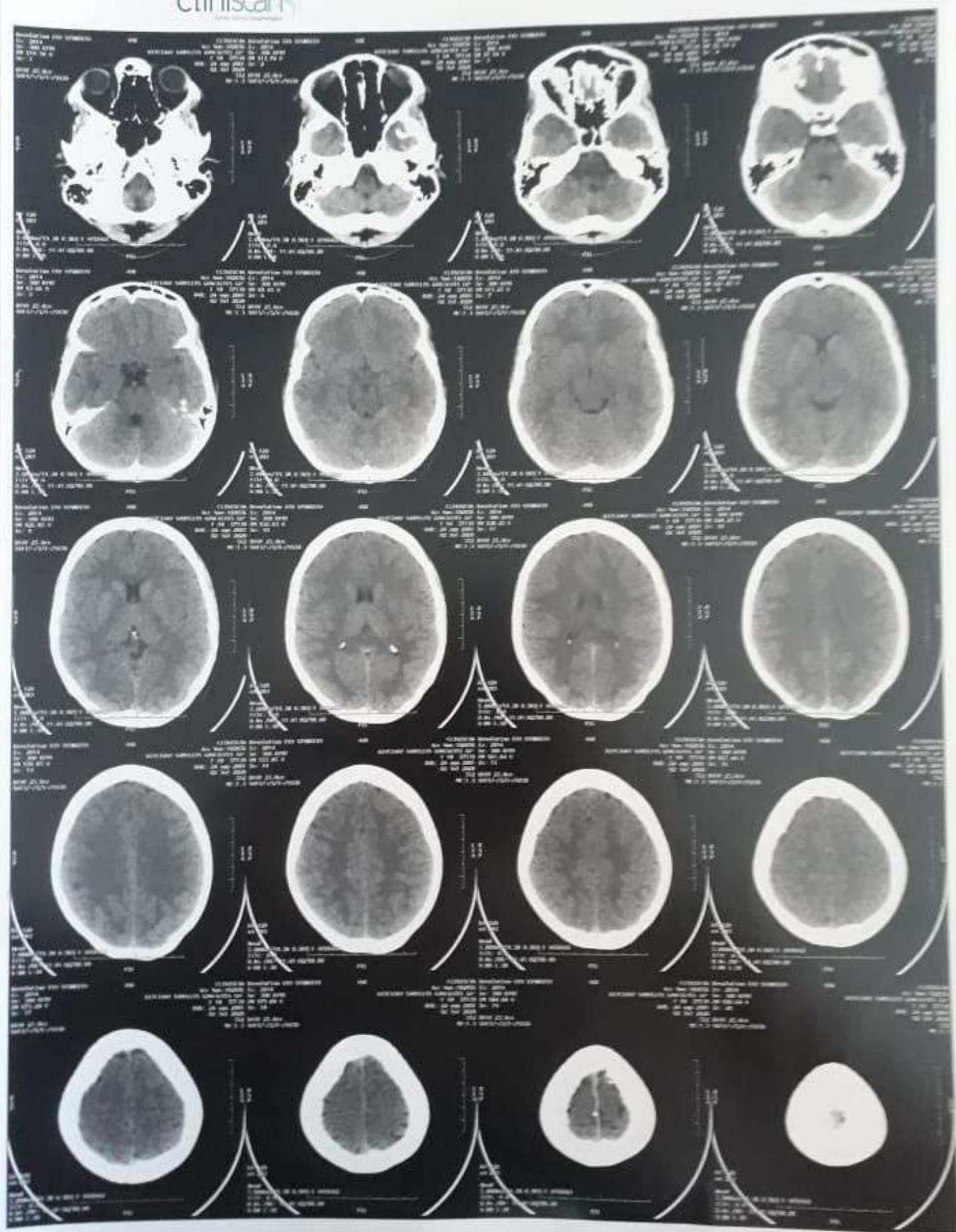
Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

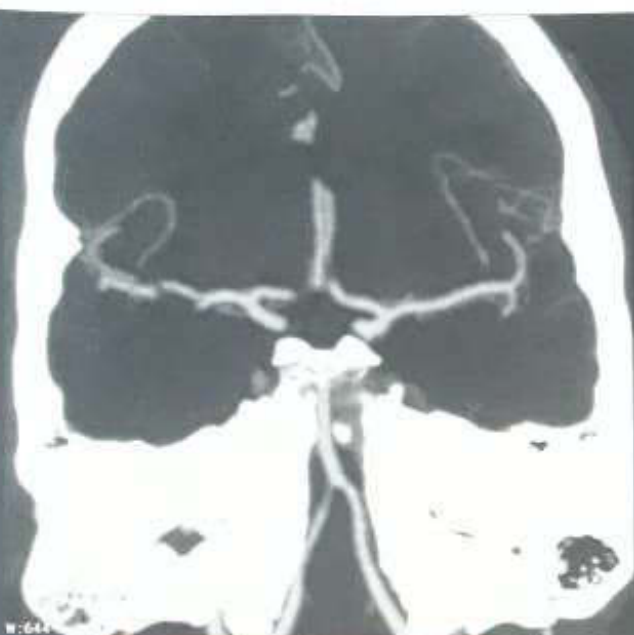
Dr. Leomar Mitoluzi
Membro titular do CBR

/ CRM:1232 RR

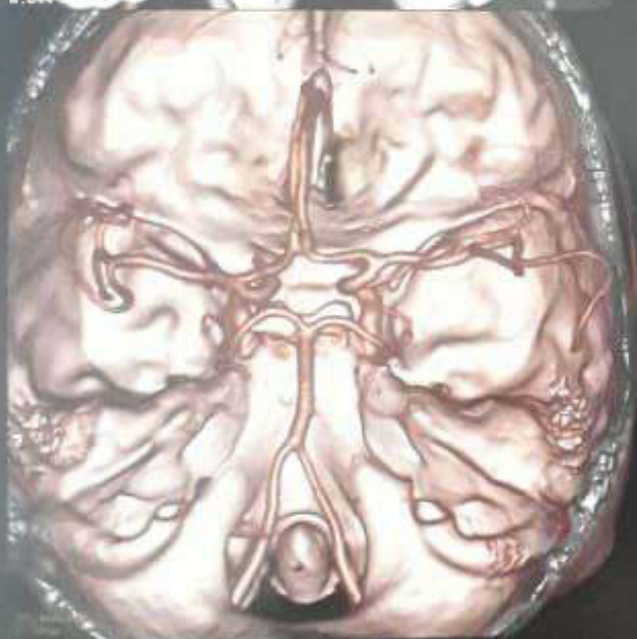
NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.







no stenosis/no aneurysm
CTA MIP
100% No Image Filter

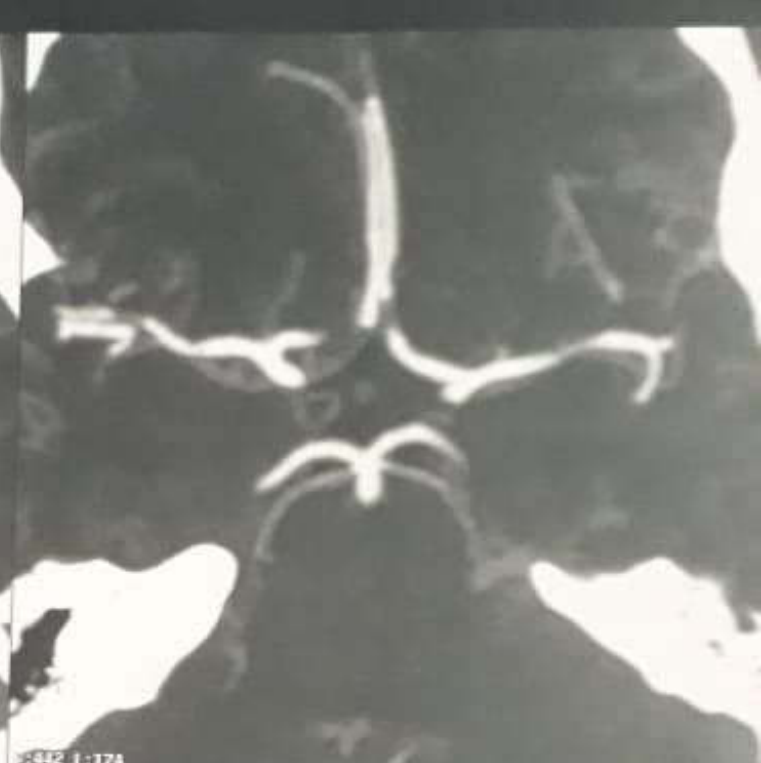


BT
20
100% No Image Filter
CTA MIP
100% No Image Filter



DIRITTO

INVERTITO



Revolution EVO SYSTEM
Ex: 2014
Se: 002 RPH
ON 512.59 0
In: 1
DFOV 23.8cm
SOFT+/L/SS50

CLINISCAN
Acc Num: 1020056
KEYCIANY SAMVLLYS GONCALVES GP
F 18 57189
DOB: 24 ago 2000
02 Jul 2020
10:00
MF: 2.4

Revolution EVO SYSTEM
Ex: 2014
Se: 002 RPH
ON 517.46 Cor
In: 2
DFOV 23.8cm
SOFT+/L/SS50

CLINISCAN
Acc Num: 1020056
KEYCIANY SAMVLLYS GONCALVES GP
F 18 57189
DOB: 24 ago 2000
02 Jul 2020
10:00
MF: 2.4



AV 120
NA 339
Head
0.0 200mm/39.38 0.004:1 MP
0.0 0.0
0.0 0.0 11:43:00/00.00
V: 284

AV 120
NA 339
Head
0.0 200mm/39.38 0.004:1 MP
0.0 0.0
0.0 0.0 11:43:00/00.00
V: 284

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E CARRETERAS	
NOME		JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES			
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF		1148763993 SSP MA			
CPF		627.942.803-68		DATA NASCIMENTO	
				26/07/1979	
FILIAÇÃO		NEURIVAN LOPES GUIMARAES LUIZA FEITOSA GUIMARAES			
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.	
				AB	
Nº REGISTRO		VALIDADE		Nº HABILITAÇÃO	
03412152366		28/05/2023		11/10/2004	
OBSERVAÇÕES					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL		DATA DE EMISSÃO			
BOA VISTA, RR		29/05/2018			
		ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES		69180083613	
		DIRETOR PRESIDENTE		RR209677511	
ASSINATURA DO EMISSOR					
RORAIMA					

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR

1650874125

DE ACORDO COM AS NORMAS DO DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO COLÍO CRUZ



Polegar Direito



Keyciany Samylls G. Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

24/08/2001

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 525981-9

NOME
KEYCIANY SAMYLLYS GONÇALVES GOMES

RELACÃO

KEYCID ERISTON GOMES DA SILVA

SÔNIA GONÇALVES LIMA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

RG 000000000

CERTO MASC 30462 FLS 25-F LIV A-51

2 OF BOA VISTA-RR

CPF

040.129.682-64

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR

1 VIZ

LEI Nº 7.114 DE 20/08/83

P 1

03/03/2017

DATA DE NASCIMENTO

24/08/2001

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMEI

CPF: 060.129.682-64

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMES : 060.129.682-64

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: 21/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 320033 Data da solicitação: 08/10/2020
Nome do beneficiário: KEICIANY SAMUELLYS GONCALVES COMES CPF do beneficiário: 060.139.682-04
Nome do solicitante: CEC SANTANA PEREIRA JORNADA CPF do solicitante: 622.942.803-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 9119-8685 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: SANTANA@VIVADAPAC.COM.BR

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Carimbo da Delegacia Especializada
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO PEDIR REANÁLISE DO SINISTRO EM VIRTUDE DO B.O. CONTENDO CARIMBO DA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ASSIM COMO NOME FUNÇÃO E MATRÍCULA DO AGENTE DE POLÍCIA INFORMANDO AINDA QUE ESTE REGISTRO CONSTA ASSINADO ELETRONICAMENTE PELA DELEGACIA DA ESPECIALIZADA.
TENDO FE PÚBLICA.

BOA VISTA-PE, 08/10/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: KEYCIANY SAMUELIS GONCALVES GOMES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 525981-9 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 03-03-2017
Nº CPF: 060.129.682-64
ENDEREÇO: RUA PROFESSORA ANTONIA CUTRIM Nº 1484 Bº PIRATUNIA

OUTORGADO:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 114476399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GIDEAO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais estaduais, federais e órgão pertencente ao setor privado, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para réditto de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 09 de SETEMBRO de 2020

X Keyciany Samuelis G. Gomes

Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266771/20

Número do Sinistro: 3200338202

Vítima: KEYCIANY SAMYLLYS GONCALVES GOMEI

CPF: 060.129.682-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2020

Titular do CPF: KEYCIANY SAMYLLYS
GONCALVES GOMES

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 13/10/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO