

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200364875

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

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 relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200364875 Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Data do Acidente: 16/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

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.
-----------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200364875

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200364875

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARCELO GUIMARAES DE CASTRO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000008526**

Conta: **0000031383-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 867.063.142-34 4 - Nome completo da vítima: MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

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

5 - Nome completo: MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO 6 - CPF: 867.063.142-34
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. FRANCISCO CUSTÓDIO DE ANDRADE 9 - Número: 655 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ASA BRANCA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-258
15 - E-mail: CONFIANCACSTO@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 95 98118-1200

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:

☒ RECLUSO 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: 8526 CONTA: 31383 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 129 DE SETEMBRO DE 2020

Marcelo Guimarães de Castro
PROCURADOR (CA)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO HABILITADO

TESTEMUNHAS



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: 11406/2020 - Registrado em: 21/09/2020 às 16h 57min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 15h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Bairro: CAUAME

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO(45), nascido(a) em 27/05/1975, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 867.063.142-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de IZABEL DA GAMA GUIMARÃES e ALCIDES SARMENTO DE CASTRO, endereço: FRANCISCO CUSTODIO DE ANDRADE, cep: 69312-258, Nº: 655, bairro: ASA BRANCA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99119-8455.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O SENHOR MARCELO AFIRMA QUE VINHA CAMINHANDO NA BR 174 NO DIA E HORA MENCIONADO ACIMA, QUANDO UM CARRO(QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, JA QUE O MESMO SE EVADIU DO LOCAL APÓS O ATROPELAMENTO,) FOI ULTRAPASSAR OUTRO CARRO , QUANDO FOI FAZER ESSA ULTRAPASSAGEM, BATEU NO SR MARCELO, O MESMO CAIU NA BR 174 E O CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ DIREITO DELE. O CARRO NÃO PAROU E O SENHOR MARCELO FOI AJUDADO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ESSAS PESSOAS ACIONARAM O RESGATE QUE CHEGOU E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS E LEVOU O SR MARCELO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. COMO NÃO HAVIA MATERIAL PARA A CIRURGIA O SR MARCELO FOI MANDADO PARA CASA COM A PROMESSA DE SER CHAMADO QUANDO OS MATERIAIS PARA A CIRURGIA CHEGASSE, COM ENTROU A PANDEMIA DO COVID 19 , O SR MARCELO NUNCA FOI CHAMADO ATÉ HOJE E POR ESSA RAZÃO SEU PÉ FICOU TORTO E O MESMO ANDA SOMENTE COM AUXILIO DE MULETAS. QUE REGISTRA PARA FINS DE DPVAT.

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

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRONICAMENTE


MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO
COMUNICANTE



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: 11406/2020 - Registrado em: 21/09/2020 às 16h 57min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 15h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Bairro: CAUAMÊ

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO(45), nascido(a) em 27/05/1975, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 867.063.142-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de IZABEL DA GAMA GUIMARÃES e ALCIDES SARMENTO DE CASTRO, endereço: FRANCISCO CUSTODIO DE ANDRADE, cep: 69312-258, Nº: 655, bairro: ASA BRANCA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99119-8455.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O SENHOR MARCELO AFIRMA QUE VINHA CAMINHANDO NA BR 174 NO DIA E HORA MENCIONADO ACIMA, QUANDO UM CARRO(QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, JA QUE O MESMO SE EVADIU DO LOCAL APÓS O ATROPELAMENTO,) FOI ULTRAPASSAR OUTRO CARRO , QUANDO FOI FAZER ESSA ULTRAPASSAGEM, BATEU NO SR MARCELO, O MESMO CAIU NA BR 174 E O CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ DIREITO DELE. O CARRO NÃO PAROU E O SENHOR MARCELO FOI AJUDADO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ESSAS PESSOAS ACIONARAM O RESGATE QUE CHEGOU E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS E LEVOU O SR MARCELO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. COMO NÃO HAVIA MATERIAL PARA A CIRURGIA O SR MARCELO FOI MANDADO PARA CASA COM A PROMESSA DE SER CHAMADO QUANDO OS MATERIAIS PARA A CIRURGIA CHEGASSE, COM ENTROU A PANDEMIA DO COVID 19 , O SR MARCELO NUNCA FOI CHAMADO ATÉ HOJE E POR ESSA RAZÃO SEU PÉ FICOU TORTO E O MESMO ANDA SOMENTE COM AUXILIO DE MULETAS. QUE REGISTRA PARA FINS DE DPVAT.

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

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO
COMUNICANTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRONICAMENTE

AGENTE DE POLÍCIA
CONFÉRMICA



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: 11406/2020 - Registrado em: 21/09/2020 às 16h 57min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 15h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: BR 174/ BANHO CAUAME

Bairro: CAUAMÊ

Referência:

Complemento: PERTO DA PONTE DO CAUAME

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: RODOVIA, ESTRADA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO(45), nascido(a) em 27/05/1975, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 867.063.142-34, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de IZABEL DA GAMA GUIMARÃES e ALCIDES SARMENTO DE CASTRO, endereço: FRANCISCO CUSTODIO DE ANDRADE, cep: 69312-258, Nº: 655, bairro: ASA BRANCA, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99119-8455.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O SENHOR MARCELO AFIRMA QUE VINHA CAMINHANDO NA BR 174 NO DIA E HORA MENCIONADO ACIMA, QUANDO UM CARRO(QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, JA QUE O MESMO SE EVADIU DO LOCAL APÓS O ATROPELAMENTO,) FOI ULTRAPASSAR OUTRO CARRO , QUANDO FOI FAZER ESSA ULTRAPASSAGEM, BATEU NO SR MARCELO, O MESMO CAIU NA BR 174 E O CARRO PASSOU POR CIMA DO PÉ DIREITO DELE. O CARRO NÃO PAROU E O SENHOR MARCELO FOI AJUDADO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ESSAS PESSOAS ACIONARAM O RESGATE QUE CHEGOU E PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS E LEVOU O SR MARCELO PARA O HOSPITAL GERAL DE BOA VISTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. COMO NÃO HAVIA MATERIAL PARA A CIRURGIA O SR MARCELO FOI MANDADO PARA CASA COM A PROMESSA DE SER CHAMADO QUANDO OS MATERIAIS PARA A CIRURGIA CHEGASSE, COM ENTROU A PANDEMIA DO COVID 19 , O SR MARCELO NUNCA FOI CHAMADO ATÉ HOJE E POR ESSA RAZÃO SEU PÉ FICOU TORTO E O MESMO ANDA SOMENTE COM AUXILIO DE MULETAS. QUE REGISTRA PARA FINS DE DPVAT.

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


MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO
COMUNICANTE

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRONICAMENTE

AGENTE DE POLÍCIA
CONFÉRMICA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 867.063.142-34 4 - Nome completo da vítima: MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

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

5 - Nome completo: MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO 6 - CPF: 867.063.142-34
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. FRANCISCO CUSTÓDIO DE ANDRADE 9 - Número: 655 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ASA BRANCA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-258
15 - E-mail: CONFIANCACSTO@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 95 98118-1200

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:

☒ RECLUSO 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: 8526 CONTA: 31383 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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 129 DE SETEMBRO DE 2020

Marcelo Guimarães de Castro
PROCURADOR (CA)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO HABILITADO

TESTEMUNHAS

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

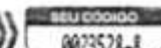
BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031383-1

Autenticação:

A1F1ACCFE8D061D78A046FB7AA05211B2AFDB7F9B8F49473B74BCB094A7A5AA0



A Spanish Journal of Energy Economics 17(3)
 You can also contact us at: 093 438 40 36. In an effort to 2000

[illegible]



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5908973

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL, 248 ,

CENTRO

69301050 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1260553	MÊS 08/2020	PERÍODO DE CONSUMO 29-JUL-20 a 27-AUG-20
CONSUMO (kWh) 151	VENCIMENTO 26-SEP-20	TOTAL A PAGAR R\$ 149,26

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1260553	MÊS 08/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 149,26
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836600000019.492600750003.000000001263.055308200058





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.susep.gov.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para questões sobre regulamentação e prazos, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-42006 / Outros estados: 0800-422.12.84

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-422.12.84 | SAC (para dúvidas sobre a declaração): 0800-422.12.84 | Central de Atendimento: 0800-422.12.84

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta declaração é parte integrante do processo de legitimação do cliente, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/INSTRUMENTOS/DOCUMENTALASISTIVO-15000000-29626>

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 inscritas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca do perfil e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de perfil e renda, nesta declaração, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é penalizada de comunicação ao COAP.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, órgão supervisor, FISCALIZAÇÃO E REGULAÇÃO DOS SEGUROS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA, PENSÃO, ANUIDADE, CANCELAMENTO E RESCISÃO. * COMISSÃO DE CONTROLE DE SEGUROS PRIVADOS - COSP, órgão supervisor da atividade no âmbito da SUSEP, com FUNÇÃO FISCALIZADORA, APOIO TÉCNICO ADMINISTRATIVO, APOIO TÉCNICO DE SEGUROS E REGULAÇÃO AS OPERAÇÕES DE SEGUROS DE SEGUROS.

Pelo presente, eu TELMA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

inscrito (a) no CPF sob o nº 867.063.142 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

do Vítima MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

inscrito (a) no CPF sob o nº 867.063.142 / 34

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

☒ Renda Informar

e apresento os documentos comprobatórios:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de veracidade junto a Seguradora Líder-SPVAT, receber no endereço abaixo, assinando a cópia do comprovante de recebimento do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade do presente documento implicará na anulação parcial ou total do seguro.

Endereço:

AV. BENTO BRASIL

Bairro:

CENTRO

Cidade:

BOA VISTA

Estado:

RR

Complemento:

69.301-050

E-mail:

CONFIANCACTE@HOTMAIL.COM

M (RUBRICA):

(95) 98148-5200

Local e Data: BOA VISTA - RR, 29 DE SETEMBRO DE 2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

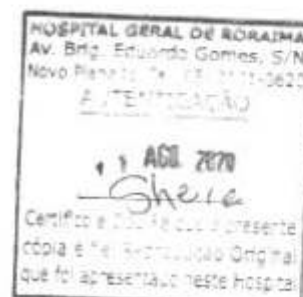


ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

*Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro **MARCELO GUIMARAES DOS SANTOS CASTRO** retifica-se **MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO**, deu entrada Grande Trauma Francisco Elesbão (GT), no dia **16/02/2020** às **16 horas e 18 min**, por motivo de **(ATROPELAMENTO)**, recebendo os cuidados da equipe de plantão.*

Boa Vista-RR, 27 de Agosto de 2020.





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.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

visto
ve
fau

2001221049

16/02/2020 16:18:28

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

32

Paciente **MARCELO GUIMARAES DOS SANTOS** *CASTRO* Data Nascimento **27/05/1976** Idade **43 A 8 M 20 D** CNS **43 A 8 M 20 D** CPF **43 A 8 M 20 D** Prontuário **43 A 8 M 20 D**

Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **M** Estado Civil **NAO INFORMADO** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**

Mãe **NAO INFORMADO** Contato **NAO INFORMADO**

Endereço **RUA - NAO INFORMADO - SN - BOA VISTA - RR** Ocupação **NAO INFORMADO**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Validade **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Autorização **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Sis Prenatal **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Motivo do Atendimento **ATROPELAMENTO** Caracter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **RESGATE** Procedimento Sol. **RESGATE** Registrado por: **SOUSA**

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

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)

*VITIMA DE ATROPELAMENTO COM
TRAUMA M.D.*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*DIAGNÓSTICO LG IV
TRAUMA M.D.*

Ortopedia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto - RR - 69200-000

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

16/02/2020

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

Dr. Jorge *Freitas* IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: *sousa*
Data Hora: 16/02/2020 16:23:30

2001221049



2001221049

D



27/02/2020

Tam real

MARCELO GUIMARAES CASTRO 2251
HOSPITAL CORONEL MOTA



27/02/2020

Tam real

Visor

Lauda Médico

Marcelo Guimarães dos Santos Lúcio RG 221840

SSP-RR conforme BO 33406/2020 DP do Lúcio-RR e Ficha de atendimento

2001221099 P.S. Francisco Glábas com fratura de Calcâneo, dígito,
tornozelo direito. Foi realizado tratamento com tala gessada.

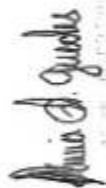
Após alta médica paciente apresenta edema
de tornozelo direito, limitação para flexão e/ou extensão
("pé congelado"), comprometendo a marcha e mobilidade
com membro inferior direito.

Conclusão: Sequela funcional permanente
de membro inferior direito.

Boc. Visto, 03/11/2020


Francisco Ferreira Farias Júnior
Médico Legista
CRM 365-RR

INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO



CARTERA DE IDENTIDADE

INSTITUTO NACIONAL

30/01/2017

SEDE VTA SANTIAGO SUEDES

CONVIENE CON INF. SANTIAGO

STEFANIE STIVA SANTYAGO

SANTARÉM - PA

CERTD CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO CARLOS DA CACHOEIRA - AM

770 248 066-91 AMADEU ROCHA TRIANI
Rua Amadeu Rocha Triani, 100 - Fátima - Curitiba - PR - 81200-000

1 VIA

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83

1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Marcelo Guimarães de Castro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

221840

DATA DE EXPIRAÇÃO
20/08/2020

REGISTRO GERAL
NOME
MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO

FILIAÇÃO
ALCIDES SARMENTO DE CASTRO
IZABEL DA GAMA GUIMARÃES
NATURALIDADE
BOA VISTA - RR
DOC ORIGEM
CERTO NASC 183 FLS 273 LTV A-12
1º OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
27/05/1975

PIE/PASEP:

AMADEU ROCHA TRIANI
Fotógrafo Profissional nº 2012

CPF
867.063.142-34

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200364875

Nome do(a) Examinado(a): MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Custódio de Andrade, 655, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 221840

Data e local do acidente: 16/02/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 25/11/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Vítima de atropelamento por carro com fratura bimaléolar- Tornozelo D

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

Vítima fez tratamento conservador com imobilização gessada, não conseguiu fazer fisioterapia, alta em outubro

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

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

Tornozelo D: pseudoartrose com limitação dos movimentos de flexão/extensão/lateralização + atrofia em panturrilha+ alteração da marcha e não consegue realizar agachamento - deambula com apoio de muletas

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

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


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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288213/20

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

CPF: 867.063.142-34

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2020

Titular do CPF: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

MARCELO GUIMARAES DE CASTRO : 867.063.142-34

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: 09/10/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TELVA SANTIAGO GUEDES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

Outorgante:, MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO, Brasileiro, Solteiro, inscrito no CPF: nº 867.063.142-34 , residente na Rua: Francisco Custódio de Andrade, nº 655, Bairro: Asa Branca, Boa Vista -RR , Cep nº 69.312-258, Telefone (95) 99339-8455.

VITIMA: MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO CPF: 867.063.142-34 **DATA DO SINISTRO:** 16/10/2020

NATUREZA: INVALIDEZ

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 5245559 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Empresária, Situada na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP: 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

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) , bem como quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos , municipais, estaduais, ou federais, ou órgão privados, além de transigir, depositar , substabelecer, tendo também poderem específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para credito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, RR, 24 DE AGOSTO DE 2020.



Marcelo Guimarães de Castro
Marcelo Guimarães de Castro
MARCELO GUIMARÃES DE CASTRO



Thiana Carvalho
Thiana Carvalho
Barbosa dos Santos
Escritoriente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288213/20

Número do Sinistro: 3200364875

Vítima: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

CPF: 867.063.142-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2020

Titular do CPF: MARCELO GUIMARAES DE CASTRO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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: 06/11/2020
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO