

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, 13 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200400989

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RUTH BATISTA DE SOUSA

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 11/07/2020, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER CRM nº 1917 - RR, da Instituição PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA., que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: 12400/2020 - Registrado em: 07/10/2020 às 13h 19min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/07/2020 às 10h 40min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N11

Nº: S/N

CEP:

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local:

Referência: CRUZAMENTO COM S17

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

RUTH BATISTA DE SOUSA(28), nascido(a) em 15/03/1992, sexo FEMININO, união estável, CPF Nº 064.418.933-98, País: BRASIL, natural de BURITICUPU-MA, filho(a) de NAIDE BATISTA DE SOUSA e , endereço: JARDIM, Nº: 138, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, complemento: B08 AP402, Telefone: (95) 99164-5029.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	ESPECIE/TIPO: HONDA/POP 110I PLACA: NUK8J96 ANO: 2020/2020 CHASSI: 9C2JB0100LR039472

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMUNICO QUE NO DIA 11/07/2020 APROXIMADAMENTE AS 11:40 H NA AVENIDA N11 NO BAIRRO PINTOLANDIA, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/ POP 110I DE PLACA NUK8J96 CHASSI 9C2JB0100LR039472 DE MINHA PROPRIEDADE , QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA S17 UM CAMINHÃO INVADIU A PREFERENCIAL CAUSANDO A COLISÃO. QUE NÃO SEI PRECISAR DADOS DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE. QUE SOFRI LESÕES CORPORAIS E FUI SOCORRIDA POR TERCEIROS AO HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. É O RELATO.

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

-IGOR TAVARES FIGUEIRA
APC
MATRÍCULA: 42000757
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Ruth Batista de Sousa
RUTH BATISTA DE SOUSA
COMUNICANTE



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:

06441893398

4 - Nome completo da vítima:

RUTH BATISTA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: RUTH BATISTA DE SOUZA

5 - CPF: 06441893398

7 - Profissão: AGIMPEZA.

8 - Endereço:

AV JARDIM BOA VISTA 138

9 - Número:

138

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CID. SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317529

15 - E-mail:

luanna.souza71@hotmail.com

16 - Tel (DDD):

05991168367

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 00003415 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

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.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velho/a)? 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 áqueles 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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 05/11/2020

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

X Ruth Batista de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS



RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMEROSEU CÓDIGO
0133290-2

Nº DA NOTA FISCAL 5972917 FCAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	21/10/2020	193	150,90

MARIA JOSE DE OLIVEIRA
 AV JARDIM 138 B08 A402-ACAI - CIDADE SATELITE
 RESIDENCIAL VILA JARDIM
 CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual:	11/09/2020	Anterior:	12/08/2020	Próxima leitura:	13/10/2020
Emissão:	10/09/2020	Apresentação:	11/09/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligacão	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1715019	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh FPONTA	INJETADO FPONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	5767							
Leit. Anterior	5574							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	193							
Faturado:	193							

DESCRICAÇÃO DA CONTA

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	193 A R\$ 0,748099 =	144,38 6,52
-------------------------------	----------------------	----------------

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA A DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382 , 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RUTH BATISTA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064418933, 98,

do sinistro de DPVAT cobertura INVANDEU da Vítima RUTH BATISTA DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 064418933 , 98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

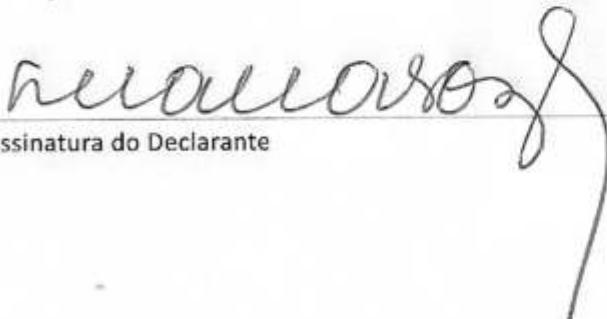
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R: 5DPM JACINTO SILVA</u>	Número:	<u>359</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CARANÁ</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69313572</u>
E-mail:	<u>LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM</u>	Tel. (DDD):	<u>95 991168367</u>	

Local e Data:

BOA VISTA, 05/11/2020

Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

2000780687	11/07/2020 11:12:22	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	MANHA 07-13	5									
Paciente	RUTH BATISTA DE SOUSA	Data Nascimento	15/03/1992	Idade	28 A 3 M 27 D	CPF	06441893398	Prontuário							
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	SSP/RR	Data Emissão	09/09/2013	Sexo	F	Estado Civil	UNIAO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	BURITICUPU - MA	Nacionalidade	BRASILEIRA
IDENTIDADE	3956210					Mãe									
NAIDE BATISTA DE SOUSA						Endereço									
RUA - N-25 - 2722 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR						Ocupação									
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal					
Motivo do Atendimento	SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão			
Setor	SUTURA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTANEA			Procedimento Sol.						Registrado por:			
Queixa Principal	_____ (<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue)														
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL														
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)															
Exame Físico	<p style="text-align: center;">Tensão Arterial 120/80 mmHg</p> <p style="text-align: center;">P脉搏 ?</p> <p style="text-align: center;">R音 ?</p> <p style="text-align: center;">Mucos.</p>														
Hipótese Diagnóstica	<p style="text-align: center;">Tensão Arterial 120/80 mmHg</p> <p style="text-align: center;">R音 ?</p>														
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:								
PREScrição	11 JUL. 2020							APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO						
	11.00							7/11/25	Jama						
Conduta	<p style="text-align: right;">Cartas-Cabrefejais</p> <p style="text-align: right;">SMA 479-BR</p> <p style="text-align: right;">MEDICO</p>														
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório														
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)														
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação														
<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta: / /														
Óbito															
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)	Destino: (<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica)														

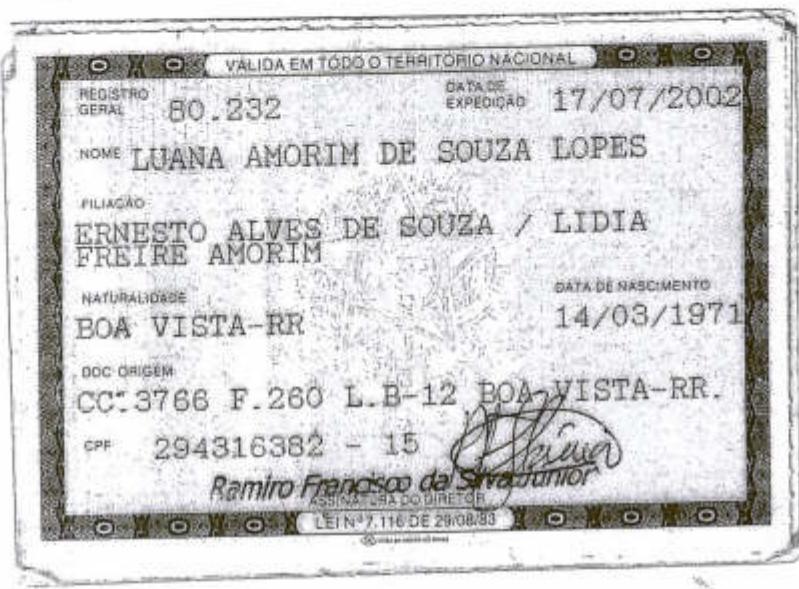
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Polegar Direito



Ruth Batista de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

395621-0

DATA DE
EXPEDIÇÃO 14/01/2019

NOME

RUTH BATISTA DE SOUZA

FILIAÇÃO

NAIDE BATISTA DE SOUSA

NATURALIDADE

BURITICUPU - MA

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 151587 FLS 121 LIV 130

SANTA LUZIA-MA

CPF

064.418.933-98

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO
15/03/1992

AMADEU ROCHA TRIANI
Padre-Pe Felicíssimo da Piedade Chrf
Glorioso do HOG

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318417/20

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

CPF: 064.418.933-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/07/2020

Titular do CPF: RUTH BATISTA DE SOUSA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

RUTH BATISTA DE SOUSA : 064.418.933-98

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: 09/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE:

Nome: RUTH BATISTA DE SOUSA

Identidade: 3956210 SEPS/RR **CPF:** 064.418.933-98

Naturalidade: BURITICUPU/MA **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: UNIÃO ESTÁVEL **Profissão:** AGENTE DE LIMPEZA

Endereço: AV JARDIM, 138 B08 AP402 QUADRA AÇAÍ – CIDADE SATÉLITE / CEP: 69.317-529

OUTORADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 15 de julho de 2020.

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318417/20

Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA

CPF: 064.418.933-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/07/2020

Titular do CPF: RUTH BATISTA DE SOUSA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

RUTH BATISTA DE SOUSA : 064.418.933-98

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: 09/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200400989 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RUTH BATISTA DE SOUSA Data do acidente: 11/07/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2 ALTA.

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: 2

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