
Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308615

Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200308615

Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16088775



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: 532.089.602-63 4 - Nome completo da vítima: Lucas Mateus Monteiro de Carvalho

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

5 - Nome completo: Lucas Mateus Monteiro de Carvalho 6 - CPF: 532.089.602-63

7 - Profissão: Agente de viagem 8 - Endereço: Rua Capella 9 - Número: 1160 10 - Complemento: B2-A9 AP. 104

11 - Bairro: Cidade satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-492

15 - E-mail: lucasmonteiro.pendencia@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 424 26 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 (valencio)? ☐ 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 27 de Agosto 2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Lucas Mateus M. de Carvalho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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: 9350/2020 - Registrado em: 21/08/2020 às 10h 21min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 20h 25min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO

Bairro: CARANA

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 0000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO(24), nascido(a) em 25/01/1996, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 532.089.602-63, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA e , endereço: RUA CAPELLA, cep: 69317-492, Nº: 1160, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA DE PLACA NUI-1286 E CHASSI 9C6DG2560K0009456, NA AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO BAIRRO CARANA, DEBAIXO DE UMA FORTE CHUVA, NO INTUITO DE NÃO MOLHAR PERTENCES IMPORTANTES QUE ESTAVAM EM SUA MOCHILA, O MESMO ATRAVESSOU O SINAL QUE ESTAVA FECHANDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO QUE VINHA SENTIDO CONTRARIO ONDE ATINGIU SUA MOTOCICLETA E OCASIONOU O ACIDENTE. A VITIMA FOI ATENDIDA PELO O CORPO DE BOMBEIRO E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO.

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

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Lucas Mota Monteiro de Carvalho
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
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: 532.089.602-63 4 - Nome completo da vítima: Lucas Mateus Monteiro de Carvalho

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

5 - Nome completo: Lucas Mateus Monteiro de Carvalho 6 - CPF: 532.089.602-63

7 - Profissão: Agente de viagem 8 - Endereço: Rua Capella 9 - Número: 1160 10 - Complemento: B2-A9 AP. 104

11 - Bairro: Cidade satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-492

15 - E-mail: lucasmonteiro.pendencia@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99117-5392

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:

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

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 424 26 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 (valencio)? ☐ 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 27 de Agosto 2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Lucas Mateus M. de Carvalho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 5367739

DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA

R. CAPELLA, 1160, BL A9 AP 204

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1119508	MÊS 06/2020	PERÍODO DE CONSUMO 12-MAY-20 a 12-JUN-20
CONSUMO (kWh) 145	VENCIMENTO 16-JUL-20	TOTAL A PAGAR R\$ 336,01

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 1119508	MÊS 06/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 336,01
-------------------------	----------------	-----------------------------

836400000037.360100750007.000000001115.950806200057



Metricula: **1317466**

Maio/2020

Dados do Cliente:

FRANCISCO BEZERRA DA SILVA

Endereço para entrega:

**AV GENERAL ATAÍDE TEIVE, 02740 - 02 - LI
BERNARDE BOA VISTA RR 69309-000**

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.011.045.0074.001	9	5728	1
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C020564	11/11/2018	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 80	83	3	31
LEITURA INF.			

DT. LEITURA 17/04/2020 18/05/2020

ULTIMOS CONSUMOS

202004	2-0
202003	2-0
202002	2-0
202001	3-0
201912	4-0
201911	3-0

MEDIA 2

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2005 G.M.					
ANÁLISES	CLORO	TURBID. (NTU)	COR	C. TOTAL (mg/L)	C. COUL (mg/L)
EXISTENTE	180	180	180	180	180
ANALISANDO	196	196	196	196	196
LIMITE	196	196	196	196	196

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3 50,10

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

40,08

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 05/2020

IMPRESSO EM 10/05/2020 10:57:14

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/BIBLIOTECABWEB/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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Correia Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lucas Neto Monteiro de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 532.089.602,63
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lucas Neto Monteiro de Carvalho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 532.089.602,63 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>Cav. General Ataíde Teive</u>		Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309.000</u>
E-mail: <u>luderboavista.pendencia@hotmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data: Boa Vista - RR 27 de Agosto 2020

Denilze Correia Dantas
Assinatura do Declarante



ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 2496-20
Nº DE VÍTIMAS: 01
OCORRÊNCIA: T-04
DATA: 19/06/2020

OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
☐ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1º CIA ☐ 2º CIA ☐ 3º CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		VR 02-18	46.273	46.286
H/SAIDA	H/NO LOCAL	SAIDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
20:25	20:30	20:53	21:00	21:22		

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA: —

ENDEREÇO: Av. Carlos Pereira de Melo Nº — BAIRRO: Laranã
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: —

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO: —

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Lucas Mota Monteiro de Carvalho RG/CPF: 316250-8
D.N.: 25/01/96 IDADE: 24 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não
ENDEREÇO: Rua Lapela Nº 1160 BAIRRO: Satélite
CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro TEL.: 99171-2598

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☒ Não Se sim, qual: —

Deseja informar sua orientação sexual? ☒ Sim ☐ Não

Deseja informar identidade de gênero? ☒ Sim ☐ Não

Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual
☐ Outro: —

Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual
☐ Travesti ☐ Outro: —

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima

RG Nº

SSP/

Testemunha

RG Nº

SSP/

Testemunha

RG Nº

SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
☒ 4 Espontânea ☐ 3 À voz ☐ 2 A dor ☐ 1 Nenhuma	☒ 5 Orientado ☐ 4 Confuso ☐ 3 Palavras inapropriadas ☐ 2 Sons incomp / Gemidos ☐ 1 Nenhuma	☒ 6 Obedece aos comandos verbais ☐ 5 Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4 Reage a dor ☐ 3 Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2 Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1 Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
☐ 4 Espontânea ☐ 3 À voz ☐ 2 A dor ☐ 1 Nenhuma	☐ 5 Palavras/sorriso/olhar acompanhada ☐ 4 Choro, mas que pode ser confortado ☐ 3 Irritabilidade persistente ☐ 2 Agitação ☐ 1 Nenhuma	☐ 6 Movimenta os 4 membros ☐ 5 Localiza e retira o estímulo doloroso ☐ 4 Sente dor, mas não retira ☐ 3 Flexão a dor (Decorticação) ☐ 2 Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1 Nenhuma	— Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: 14/9 FR: — FC: 70 bpm SpO2: 99% Temperatura: —

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☒ SIM ☐ NÃO QUAL (is): leite, amendoim, melancia

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is): —

APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE RORAIMA
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
NÚCLEO DE ESTATÍSTICA

AUTENTICAÇÃO

ESTA CÓPIA É FIEL REPRODUÇÃO DO ORIGINAL.

BOA VISTA-RR, 19/06/2020

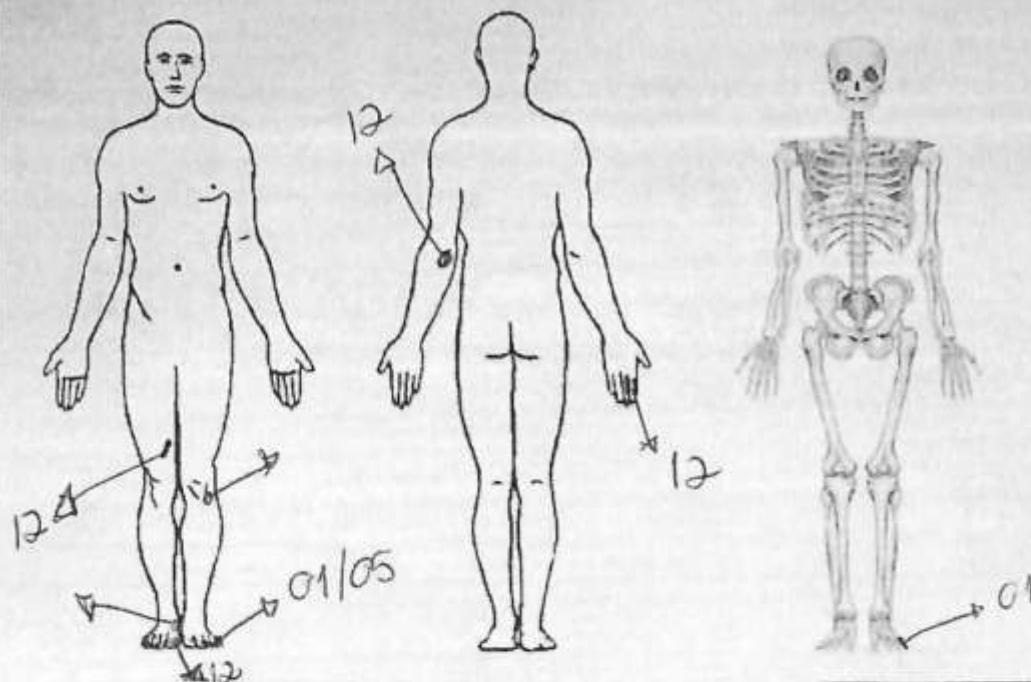
Assinatura: [Assinatura]

Digitalizado com CamScanner

8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☒ Óbito evidente ☒ PCR ☒ Vítima encarcerada ☒ Vítima ejetada ☒ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima deambulando, LOTE, queixando-se de dor no pé direito, apresentando fratura exposta e ferimento lacerante no dedo mínimo do pé direito.

Em tempo: retifico o local da dor, a fratura e o ferimento lacerante que se localizavam no pé esquerdo e dedo mínimo do pé esquerdo.

Foi realizado ferimento compressivo e imobilização, bem como a remoção da vítima para cuidados médicos.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ____ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ____ Fls ☐ Calçado _____
☐ CPF ☐ Dinheiro RS ____ ☐ Óculos _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio _____

Aos cuidados de _____ RG _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed _____

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
Sgt Amannada	Sd Lisar Filho	Sd Luciano	Sgt Amannada

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
 Documento de identidade: _____
 Registro de conselho (CRM, COREN): _____

CORPO DE BOMBAZILHAMENTO DE BOA VISTA
 COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

NÚCLEO DE ESTATÍSTICA

AUTENTICAÇÃO

ESTA CÓPIA É FIEL REPRODUÇÃO DO ORIGINAL.

BOA VISTA-RR, 25/06/2020

Assinatura: _____

Elias Carvalho Sousa
 Cirurgião Geral
 Conselho 1103



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

1ª Classificação/Reclassificação

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

|Reclassificação

Reclassificação

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

|Reclassificação

Reclassificação	
☐	Vermelho
☐	Laranja
☐	Amarelo
☐	Verde
☐	Azul Ass

~~Kirsti~~
me

2001250921		19/06/2020 20:21:31		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-9	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO		25/01/1996		24 A 4 M 25 D				53208960263	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil Raça/Cor	
						M		SOLTEIRO(A) PARDA	
Mãe		Pai		NI		Contato		(95) 99169-8880	
DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA								Ocupação	
Endereço									
RUA - NAO SOUBE INFORMAR A RUA - SN - CAMBARA - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Pressão	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL						Registrado por:	
								CLAUDECI.RODRIGUES	
Queixa Principal									
Anamnese de Enfermagem									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: h)									
Sintomas									
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
PRESCRIÇÃO									
APRAZAMENTO									
OBSERVAÇÃO									
Conduta									
óbito									

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues
Data Hora: 19/06/2020 21:05:51



200125092

19/06/20

Ortopedia - Dr. Pedro de S. Fausto

Paciente relatando acidente de moto
apresentando fx / Lx de 5º dedo pé (E)

Cl: LMC com sel 0,9%.

+ fixação com PNO 1,0

+ ATB. + Analgesia

+ retorno ambulatório

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

Paciente: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
Idade: 24 anos, 5 meses
Data: quinta-feira, 25 de junho de 2020

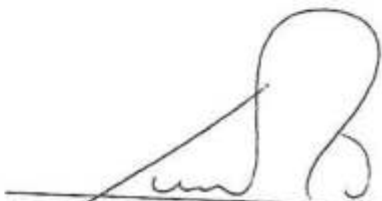
LAUDO MÉDICO

VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO PÉ ESQUERDO + MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM 19/06/2020 REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA EMERGÊNCIA, COM LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICO EXAUSTIVA + FIXAÇÃO ÓSSEA COM FIO DE KICHNER.

NO MOMENTO IMPOSSIBILITADO DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS.

O MESMO DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DO SERVIÇO INICIALMENTE POR 30 DIAS A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE . A DISPOSIÇÃO,

CID: S92.3



Dr. Vítor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR

Vítor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

NOME

DENILZE CORREA DANTAS

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORAUF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FLUACAO
JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSAO

ACC

CAT HAB

Nº REGISTRO

VALIDADE

Nº HABILITACAO

31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSAO

11/09/2019

100 GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

03912250616
RR210269685

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919590155

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919590155



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



RR

NOME
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO



DOC IDENTIDADE / ORD EMISSORAF
3162508 RSP RR

CPF
532.089.602-63

DATA NASCIMENTO
25/01/1996

PROVAÇÃO
HEVERTON MONTEIRO DE
CARVALHO
DIANE SEBASTIANA MOTA
DA CUNHA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
AC

CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
07352552681

VALIDADE
15/10/2020

Nº HABILITAÇÃO
16/10/2019

OBSERVAÇÕES
RAR



ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

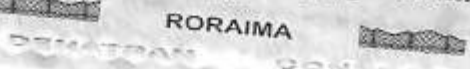
DATA DE EMISSÃO
16/10/2019

ROO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

60443067380
RR209906189

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1921866201

PROIBIDO PLASTIFICAR
1921866201

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308615 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P 6
VITIMA EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO EM 19/06/2020
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308615 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P 6
VITIMA EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO EM 19/06/2020

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Lucas Uitor Monteiro de Carvalho
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Dono de empresa CPF: 522.059.602 - 63
ENDEREÇO: Rua Capote 1160 al. 119 11. 104

VÍTIMA: Lucas Uitor Monteiro de Carvalho
CPF: 522.059.602 - 63 DATA DO ACIDENTE: 19/06/2020
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: DENILZE CORREA DANTAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
PROFISSÃO: EMPRESÁRIA RG: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
ENDEREÇO: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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 órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR 26 de Agosto 2020

X Lucas Uitor Monteiro de Carvalho
Assinatura

Obs. – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242331/20

Vítima: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

CPF: 532.089.602-63

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 19/06/2020

Titular do CPF: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO : 532.089.602-63

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: 27/08/2020
Nome: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
CPF: 532.089.602-63

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO