

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
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, 18 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	--

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, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

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, 23 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Data do Acidente: 13/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **000003534-9**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **719.367.772-15** 4 - Nome completo da vítima: **Francisco de Assis Barbosa Gomes**

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

5 - Nome completo: **Francisco de Assis Barbosa Gomes** 6 - CPF: **719.367.772-15**
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: **R. Antonio Ribeiro Lima**
9 - Número: **492** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **Alvorada** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.317-225**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **99113-3855**

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____
19 - Profissão do Representante Legal: _____
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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: **3906** CONTA: **00003534** **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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Solteiro Casado (vivo) Divorçado Separado judicialmente Viúvo Outro (especificar): _____

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 (vivo/nascido)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

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

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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **Boa Vista RR 08 de Dezembro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Francisco de Assis Barbosa Gomes**

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/11/2020 21:51:53 Data/Hora Fim: 30/11/2020 21:52:21
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 13/08/2020 16:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Pintolândia
Logradouro: N-9
Tipo do Local: Via Pública

Nº: s/n

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/10/1980

Idade: 40

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Maria Barbosa Gomes

Documento(s)

RG: 249716

CPF: 719.367.772-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANTONIO RIBEIRO DE LIMA

Nº: 492

Bairro: Alvorada

Email: fd0109825@gmail.com

Telefone: (95) 99124-6348 (Celular) (95) 99170-1396 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12

Placa NUK8878

Renavam 01066268760

Número do Motor KC16E8F203453

Número do Chassi 9C2KC1680FR203453

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

Cor VERMELHA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 29/11/2019

Situação do Veículo
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos



Handwritten signature



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A03

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco de Assis Barbosa Gomes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que o comunicante acima qualificado relata que: "Eu trabalho como entregador do supermercado gavião, e no presente dia e horário acima citado eu estava de serviço nesse supermercado, que eu recebi o pedido para ser entregue no endereço situado na rua n-9, que a empresa disponibilizou a motocicleta, marca honda, modelo cg 150 fan esdi de placa nuk-8878 para fazer essa entrega, que a entrega aconteceu tudo certo, quando na volta ao supermercado na rua n-17, entre as rua n-13 e a n-11 bairro pintolandia, um cachorro sai de surpresa de um quintal, que não pude desviar pois tudo aconteceu muito rápido, foi quando eu atingir bruscamente o animal, que nesse momento fui arremessado de minha motocicleta, sofrendo assim diversas lesões."

QUE o comunicante compareceu nessa UP para aditar/acrescentar/corriger nesse B.O. para fins de garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT; QUE a data do acidente foi informada erroneamente que nesse B.O consta dia e horário do fato, 03/08/2020 - 16:30 horas, sendo este errado, que o correto é 03/08/2019, 16:30 horas, que para confirmar o presente feito exhibi/apresenta FOTOCÓPIA do seu PRONTUÁRIO MÉDICO do acidente automobilístico (EM ANEXO). É o aditamento/acréscimo/correção.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116984

Responsável pelo Atendimento

Francisco de Assis Barbosa Gomes

Comunicante

"Declara para os devidos fins de direito que sou (sou) único(s) responsável (s) pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

**Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.**

Boa Vista, 30 de Novembro de 2020

Hualacy Seelig Soares de Souza mat. 020116984

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A04

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/03/2021 11:15:48 Data/Hora Fim: 03/03/2021 11:17:13

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato Início: 13/08/2020 16:30

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: N-9

Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/10/1980

Idade 39

Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA GOMES

Nome do Pai: JOSE BARBOSA GOMES

Documento(s)

RG: 249716

CPF: 719.367.772-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R ANTONIO RIBEIRO LIMA

Nº: 492

Bairro: Alvorada

Email: fd0109825@gmail.com

Telefone: (95) 99124-6348 (Celular) (95) 99170-1396 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12

Placa NUK8878

Renavam 01066268760

Número do Motor KC16E8F203453

Número do Chassi 9C2KC1680FR203453

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

Cor VERMELHA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Última Atualização Denatran 29/11/2019

Situação do Veículo
 RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
 ULOS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00024675/2020-A04

Nome Envolvido	Envolvimentos
FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que o comunicante acima qualificado relata que: "Eu trabalho como entregador do supermercado gavião, e no presente dia e horário acima citado eu estava de serviço nesse supermercado, que eu recebi o pedido para ser entregue no endereço situado na rua n-9, que a empresa disponibilizou a motocicleta, marca honda, modelo cg 150 fan esdi de placa nuk-8878 para fazer essa entrega. que a entrega aconteceu tudo certo, quando na volta ao supermercado na rua n-17, entre as rua n-13 e a n-11 bairro pintolandia, um cachorro sai de surpresa de um quintal, que não pude desviar pois tudo aconteceu muito rápido, foi quando eu atingir bruscamente o animal, que nesse momento fui arremessado de minha motocicleta, sofrendo assim diversas lesões."

QUE o comunicante compareceu nessa UP para aditar/acrescentar/corrigir nesse B.O. para fins de garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT; QUE a data do acidente foi informada erroneamente que nesse B.O consta dia e horário do fato, 03/08/2020 - 16:30 horas, sendo este errado, que o correto é 03/08/2019 à 16:30 horas, que para confirmar o presente feito exhibi/apresenta FOTOCÓPIA do seu PRONTUÁRIO MÉDICO do acidente automobilístico (EM ANEXO). É o aditamento/acréscimo/correção.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção
Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023559/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2020 22:43:03 Data/Hora Fim: 14/08/2020 06:36:59
 Origem: Órgão: Polícia Militar Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial Nº do Documento: ROP Nº 812569 SERIE I
 Data: 13/08/2020
 Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato Início: 13/08/2020 17:30

Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Bairro: Alvorada
 Logradouro: Av. Ataíde Teive
 Ponto de Referência: invasão nova esperança
 Tipo do Local: Via Pública
 Descrição do Local: invasão nova esperança

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JHONATAN DA SILVA SOUSA (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 17/06/1993	Idade 27
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista - RR	
Nome da Mãe: Eva da Silva Sousa			

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: RUA TUXAUA DE FARIAS BONFIM Nº: 1018
 Bairro: Centro
 Telefone: (95) 99132-0278

Nome Civil: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 02/10/1980	Idade 39
Profissão: Motorista			
Estado Civil: Sem Informação		Naturalidade: Boa Vista - RR	

Documento(s)

RG: 249716
 CPF: 719.367.772-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: RUA ANTONIO RIBEIRO DE LIMA Nº: 492



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023559/2020

Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99170-1396

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Cb Pm Silva

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição GM/ZAFIRA CD	CPF/CNPJ do Proprietário 382.766.742-91
Placa JXK7059	Renavam 00795837801
Número do Motor 1C0015380	Número do Chassi 9BGTT75B02C149651
Ano/Modelo Fabricação 2002/2002	Cor CINZA
UF Veículo RR	Município Veículo Bonfim
Marca/Modelo GM/ZAFIRA CD	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 13/09/2019
Situação do Veículo RENAINF	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jhonatan da Silva Sousa	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/CG150 FAN ESDI	CPF/CNPJ do Proprietário 05.730.257/0001-12
Placa NUK8878	Renavam 01066268760
Número do Motor KC16E8F203453	Número do Chassi 9C2KC1680FR203453
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor VERMELHA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 29/11/2019
Situação do Veículo RESTRICAO BENEFICIO TRIBUTARIO FILE VEICULOS	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco de Assis Barbosa Gomes	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROP PM: Fomo acionado via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito, quando chegaram ao local o Sr. Francisco estava sendo atendido por uma equipe do SAMU, e foi conduzido ao PS. Que Francisco relata que trafegava pela via Afaide Teive, sentido centro-bairro na motocicleta com reboque, sinalizando que iria realizar conversão a esquerda ao mesmo momento que Jhonatan tentou ultrapassá-lo colidindo na traseira lateral esquerda do veículo Zafira acima descrito; Que Francisco não sabe informa o momento que o carro sinalizou a ultrapassagem. Era o relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023559/2020

ASSINATURAS

Washington Baião da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42000335
Responsável pelo Atendimento

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima essenciais e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 31 de 03 de 2021

Quelany Cordeiro G. de Souza mat. 020116684

Assinatura

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: 719.367.772-15 4 - Nome completo da vítima: Francisco de Assis Barbosa Gomes

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

5 - Nome completo: Francisco de Assis Barbosa Gomes 6 - CPF: 719.367.772-15
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. Antonio Ribeiro Lima
9 - Número: 492 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-225
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____
19 - Profissão do Representante Legal: _____
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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: 3906 CONTA: 00003534 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Solteiro Casado (nôca) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

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

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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista RR 08 de Dezembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco de Assis Barbosa Gomes

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

**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: 6550654

FRANCISCO DE SOUSA VIEIRA

R. ANTONIO RIBEIRO LIMA, 492, 1

ALVORADA

69317225 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1224824	MÊS 12/2020	PERÍODO DE CONSUMO 09-NOV-20 a 09-DEC-20
CONSUMO (kWh) 146	VENCIMENTO 01-JAN-21	TOTAL A PAGAR R\$ 150,14

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 1224824	MÊS 12/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 150,14
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836900000016.501400750003.000000001222.482412200057



**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

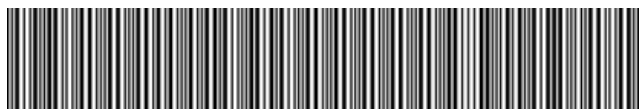
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



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)
Capitals 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 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 RESSGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco de Assis Barbosa G inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.367.772 15
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco de Assis Barbosa G
inscrito (a) no CPF sob o Nº 719.367.772, 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laura Moura</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco99@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 08 de Dezembro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

Empresa

Razão social: **SUPERMERCADO GAVIAO LTDA F1**
CNPJ: 05.730.257/0001-12
Endereço: AVENIDA DOS GARIMPEIROS, 332 - ALVORADA
Cidade/UF: BOA VISTA-RR CEP: 69317-181

Funcionário

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES**
RG/CPF: 249716RR / 719.367.772-15
Nascimento/Idade: 02/10/1980 - 40 anos
Função: ENTREGADOR
Setor: ENTREGA

Riscos

NENHUM RISCO

Avaliação Clínica

Avaliação Clínica (01/02/2021)

Exames complementares realizados

nenhum exame complementar

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NPS 3214/78, 3154/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Retorno ao Trabalho - 01/02/2021

Parecer

() Apto (X) Inapto () Apto com restrições

Médica coordenador do PCMSO

- /

Observações

*Marlene de Andrade
Médica Especialista em Medicina do Trabalho
Título de Especialista do Trabalho
CRM-RR 171.078-1/11*

BOA VISTA-RR, 1 de FEVEREIRO de 2021

Médico Examinador

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES
FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

RECEBI DE ANDRADE E MOTA LTDA ME A 2ª VIA DO ASO Retorno ao Trabalho nº 23357 EM 01/02/2021

Laudo Médico

Sr. Francisco de Assis Borboza Gomes. RG-249716 SSP/2
vítima de acidente automobilístico em 13/08/2020, tendo
luxação ombro esquerdo e fratura escápula esquerda. Foi
realizado tratamento conservador. Após alta ortopédica,
periciando a presente limitação e da a mobilidade
do ombro esquerdo, em prometer sua atividades
laborativas. Periciando no momento não
podendo prover meios. Encertra-se a guardado
atendimento no Hospital Coronel Hote sem previsão
devido Pandemia COVID-19.

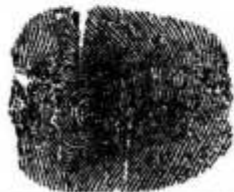
Bom dia, 12/01/2021

Dr. Francisco F. Farias
Matrícula: 043002387
CRM 365-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDELIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de Roraima

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR
1833591852

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1833591852

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO FEDERAL DO RECLAMANTE
E AGÊNCIA NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR

R



Nome: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 289718 888 88

RG: 718.359.772-15

Data nascimento: 02/10/1980

Endereço: JORGE BARBOSA GOMES

ROSA BENTINA GOMES

CPF: 289718 888 88

Data emissão: 18/01/2004

CPF: 03240492324

Data validade: 18/01/2004

Matrícula: 288



Nome: ROSA VIEIRA, SA

CPF: 0687113 9278

Data validade: 16/05/2004

ROSA VIEIRA

ROSA VIEIRA

**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: 3210034654

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Ribeiro de Lima, 492, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 249716

Data e local do acidente: 13/08/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 12/05/2021 - 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 queda de moto após colisão com carro com consequente fratura da escápula E

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

Vítima fez imobilização com tipoia americana; fez fisioterapia; alta em abril de 2021

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 25°, abdução aos 120°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

IV. Nexo 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

MSE: alteração anatômica em ombro E sugestivo de consolidação viciosa + atrofia em ombro/escápula/braço + comprometimento dos movimentos articulares + comprometimento da força motora do membro

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 Superior Esquerdo - Médio - 50%

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


Dra. Regina Claudia Rodrigues Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 13/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15

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: 28/01/2021
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 25°, abdução aos 120°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: Vítima fez imobilização com tipoia americana; fez fisioterapia; alta em abril de 2021.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/05/2021

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em ombro esquerdo em grau moderado.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 150°, extensão aos 25°, abdução aos 120°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento.

Resultados terapêuticos: Vítima fez imobilização com tipoia americana; fez fisioterapia; alta em abril de 2021.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/05/2021

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em ombro esquerdo em grau moderado.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.2(RELATÓRIO / HISTÓRICO: P.1(BAM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034654 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES **Data do acidente:** 13/08/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.2(RELATÓRIO / HISTÓRICO: P.1(BAM) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Francisco de Assis Barbosa Gomes
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 719.367.772-15 ENDEREÇO: R. Antonio Ribeiro Lima 492
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Bom Jesus
CEP: 69.317-253

VÍTIMA: Francisco de Assis Barbosa Gomes
CPF: 719.367.772-15 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-80
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Loura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalida 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.

Bom Jesus RR, 02 de Junho de 20 20

Francisco de Assis B. Gomes
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Número do Sinistro: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES : 719.367.772-15

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: 28/01/2021
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031780/21

Número do Sinistro: 3210034654

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA GOMES

CPF: 719.367.772-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS
BARBOSA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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.