

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200047482                      Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
DUT	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.

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.

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

Carta nº 15431302



---

**Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

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, contatos 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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200047482                      Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200047482

Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 22 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200047482**

**Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 07/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200047482

Vítima: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **000010125633-7**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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:

965.321.302-49

4 - Nome completo da vítima:

Heverton Carlos de Oliveira

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

5 - Nome completo:

Heverton Carlos de Oliveira

6 - CPF:

965.321.302-49

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Av. Renato Costa Almeida

9 - Número:

210

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Carapicuíba

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

09.390-000

15 - E-mail: lidelbravista@gmail.com

16 - Tel. (DDD): (11) 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

☐

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:

3500

CONTA:

0160

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação na existência e justificativa das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CNIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

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 (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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provar a responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - PE 23 de Março 2020

Heverton Carlos de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

00000000000000000000





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR-DPJI  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CANTÁ - RR  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



B.O: 653/2019

REGISTRADO EM: 17/09/2019

HORAS: 11:50hs

DADOS DO COMUNICANTE / VÍTIMA

COMUNICANTE: <b>HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA</b> ENDEREÇO: AV. RENATO COSTA DE ALMEIDA S/N CENTRO, CANTÁ	RG. 328190-6-SSP/RR CPF:965.321.302-49
VÍTIMA: O COMUNICANTE ENDEREÇO: ACIMA DESCRITO GRAU DE INSTRUÇÃO: MEDIO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR CUTIS: NEGRO FILIAÇÃO: PAI: HORACILDO DE OLIVEIRA BENTO MÃE: AGLAIDE CARLOS DE OLIVEIRA LOCAL DO FATO: ANTES DA ENTRADA DA SERRA GRANDE II - CANTÁ/RR	IDADE: 31 ANOS RG.: ACIMA - SSP/RR CPF: ACIMA D.NANC. 25/07/1988 TEL: 99151-0825


DADOS DO INFRATOR / SUSPEITO


NOME: TELEFONE: CNPJ: 2402906/0001-03  
ENDEREÇO:

DESCRIÇÃO DOS FATOS

Senhor Delegado, compareceu nesta Delegacia, a pessoa acima qualificada para comunicar que no dia 07/09/2019 por volta das 19:00h, quando trafegava de moto com sua mulher Joana Pereira Bezerra pela BR 432, próximo a entrada da Serra Grande II caiu com em um buraco ao tentar desviar de uma pedra grande que se encontrava na pista. Que foram socorridos por um popular que passava pelo local que os levou ao Posto de Saúde do Município e posteriormente ao SAMU. Que em decorrência desse acidente teve o Braço direito quebrado e também lesionado o ombro direito. Que sua companheira ficou lesionada na costela do lado direito. Que após os primeiros atendimentos nesse município foi encaminhado para o HGR em Boa Vista. Dados do Veículo: HONDA/CG 125 TITAN, PLACA NAI0595, CINZA, CHASSI 9C2JC2501SRS00667. Era o que tinha a comunicar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

  
Alirio Nunes  
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

  
HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA  
COMUNICANTE

**DESPACHO**

Neste ato fica intimado o comunicante a comparecer nesta delegacia no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019 às \_\_\_\_:\_\_\_\_h para oitiva e/ou Representação. Trazer documentação.

**DESPACHO**

25  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR





**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: 4681/82

**MARIO CESAR GOMES RIBEIRO**

AV RENATO COSTA ALMEIDA, S/N,

CENTRO

69390000 CANTA

RR

<b>CÓDIGO ÚNICO</b> 5604680	<b>MÊS</b> 02/2020	<b>PERÍODO DE CONSUMO</b> 24-JAN-20 a 21-FEB-20
<b>CONSUMO (kWh)</b> 135	<b>VENCIMENTO</b> 11-MAR-20	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 123,89

**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

<b>CÓDIGO ÚNICO</b> 5604680	<b>MÊS</b> 02/2020	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 123,89
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836700000018.238900750007.000000005603.468002200052



Para mais informações, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPLENTE DE PREVIDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Corrêa Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

792.657.152 / 00

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

Heverton Carlos de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 965.321.302 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Heverton Carlos de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

965.321.302 / 49

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:

Av. General Ataíde Itiúve

Número:

2748

Complemento:

02

Bairro:

Liberdade

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.309.000

E-mail:

nicoloboniste.pendencio@hotmail.com

Tel. (DDD):

(95) 99117-5392

Local e Data:

Boa Vista - RR 19 de Novembro 2019

Denilze Corrêa Dantas

Assinatura do Declarante

**SAMU CANTÁ**  
CONFERE COM ORIGINAL

PREFEITURA MUNICIPAL DO CANTÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: **BRAVO** (BRAVO CANTÁ)

EQUIPE: BCL - JO BNDW COND - BRTO

Paciente: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA Idade: 31 Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: Braziliano Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: Rua Samu Cantá

Ponto de referência: Rua Samu Cantá DATA: 07.09.2019

Nº da Ocorrência: 15345 DATA: 07.09.2019 HORA DO ACIONAMENTO: 20:15

Médico (a) Regulador (a): ERILDO HORA CHEGADA NO LOCAL (J/10): 20:15

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro		<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <b>MOTO/BICICLETA</b> <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta		<b>VIOLÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual		<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros:	
---	--	--	--	--	--	--	--

AValiação INICIAL

<b>Vias Aéreas</b> <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnéia		<b>Ventilação</b> <input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez		<b>Circulação</b> <input type="checkbox"/> Arritmico <u>N/A</u> <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia		<b>Aval. Neurológica</b> <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <u>AV</u> <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado	
---	--	--	--	--	--	--	--

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	Temp..	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início <u>20:10</u>	<u>130/90</u>	<u>81</u>	<u>21</u>	<u>—</u>	<u>36°C</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
Fim <u>21:10</u>	<u>130/90</u>	<u>81</u>	<u>21</u>	<u>—</u>	<u>36°C</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

AValiação SECUNDÁRIA

<b>Pele</b> <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca		<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração		<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<b>Pescoço</b> <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações		<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax Instável		<b>Abdomen</b> <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações	
<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade		<b>Membros</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações		<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão					

AValiação GARDIACA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutur		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia		<b>AFEÇÃO CLÍNICA</b> <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória		<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica		<b>HISTÓRIA PEGRESSA</b> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC		<b>Medicações em uso</b>	
---	--	--	--	---	--	---	--	--	--	--------------------------	--

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local		<b>MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS</b> <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF		<input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> DETRAN	
--	--	---	--	---	--	---	--

RCP: ☒ Iniciada as: : ☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado  
☐ Término as: : ☐ RCP sem sucesso OBS:

DESTINO

<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR		<input checked="" type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN		<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros	
--	--	---	--	--	--	--	--

**SAMU CANTÁ**  
CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Guadalupe Martins  
Médico  
CRM-RR-11111



PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

<b>GESTANTE</b> IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		<b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b>  
--	--	-------------------------------------

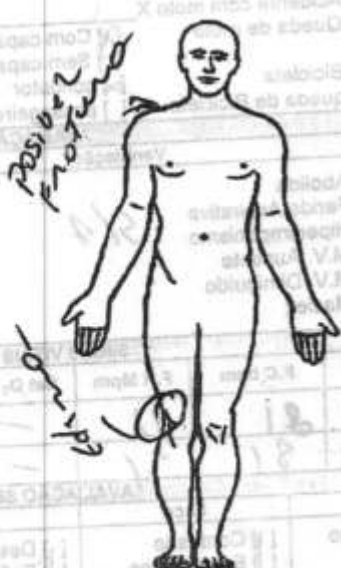
1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
2. Melhor Resposta Motora (M)	Sem resposta	1 ponto
	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
3. Resposta Verbal (V)	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ausência da dor			dor moderada				dor máxima			

0	1	2	3	4	5



### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

vítima de queda de moto chaga na base  
 sacra trazida por terceiro com late, dor surdo  
 verbalizando euforia, vomitando, apresenta  
 rigidez na região cervicotorácica e edema no  
 joelho direito imobilizado o ilovicular  
 perno do DTW para a decubado que  
 em um nhos para o GT.

Interim Pseudo Medico  
 Técnico Radiológico  
 CRM 931725 TE



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

cinco

1901159003	07/09/2019 21:16:57	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	12	
Paciente <b>HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA</b>		Data Nascimento <b>25/07/1988</b>		Idade <b>31 A 1 M 13 D</b>	CNS <b>706208037055762</b>	CPF <b>96532130249</b>	Prontuário <b>00079257</b>
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>		Documento <b>3281706</b>	Órgão Emissor <b>SSPRR</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)</b>	Raça/Cor <b>PARDA</b>	Naturalidade <b>BOA VISTA - RR</b>
Mãe <b>AGLAIDE CARLOS DE OLIVEIRA</b>		Pai <b>NI</b>		Contato <b>(95) 99119-9205</b>		Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Endereço <b>RUA - CASTELO BRANCO - 96 - CENTRO - BOA VISTA - RR</b>						Ocupação <b>DESEMPREGADO</b>	
Class. de Risco		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>		Tipo de Chegada <b>SAMU REGIONAL</b>	Procedimento Sol.	Registrado por: <b>ALEXSANDRO PEREIRA</b>			
Queixa Principal <b>"Do no ombro direito"</b>							
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <b>Pct vítima de acidente de moto, Rocio de pelo Samu, refere dor no ombro @,</b>							
Exame Físico <b>BEG, LOTE AAA,</b>							
Hipótese Diagnóstica <b>Fratura de escápula</b>							
SADT - Exames Complementares <input checked="" 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 <b>① Dipirona 2g (EV)</b>				APRAZAMENTO <b>20/11/19</b>		OBSERVAÇÃO	
Condução <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>ortopedia</b>				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família				Certificado de óbito presente que foi apresentado neste Hospital			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 07/09/2019 21:18:13				1901159003			



De sobre fratura em outro  
cl fratura de acômio

Do Trat. de acômio.

- Tipografia

- Receita

- Ao Hely

Dr. Jonathan C. Lopes  
Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional  
CRM-FOR 17501/2017 M202

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, 5/N  
Novo Plano - Tel (65) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
0 - NOV. 2019  
Certifico e Declaro que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentada neste Hospital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polgar Direito

*Heverton Carlos de Oliveira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **328190-6** DATA DE EXPIRAÇÃO **14/06/2018**

NOME  
**HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA**

FILIAÇÃO  
HORACILDO DE OLIVEIRA BENTO  
AGLAIDE CARLOS DE OLIVEIRA

NATURALIDADE  
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO  
**25/07/1988**

DOC. ORIGEM  
CERTD NASC 49.862 FLS 001-V LIV A-67  
BOA VISTA-RR

965.321.302-49

2ª VIA

AMADEU ROCHA TEIANI  
Petrus Protoprocurador da Pessoa Civil  
Diretor do IOD

P1

LEI Nº 7.116 DE 22/06/83



# 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 ASI:

32001047482

3 - CPF da vítima:

965.321.302-49

4 - Nome completo da vítima:

Herverton Carlos de Oliveira

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

5 - Nome completo:

Herverton Carlos de Oliveira

6 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Av. Renato Costa Almeida

9 - CPE:

965.321.302-49

9 - Número:

510

10 - Complemento:

Car.

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Car.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

69.390-000

15 - E-mail:

adilbravista.pendencia@bolmail.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

☐ 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:

0250

☒ CONTA:

125633

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (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

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

DE

24

2020

Herverton Carlos de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200047482 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACRÔMIO E ESCÁPULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Vendedor RG: 302.49 CPF: 965.321.302  
ENDEREÇO: AV. Renato Costa Almeida 300 13. Centro  
VÍTIMA: HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA  
CPF: 965.321.302 DATA DO ACIDENTE: 07/09/2019  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDAZ 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.

CARTÓRIO  
LOUREIRO

BOA VISTA RR 25 de Set de 20 19

X Heverton Carlos de Oliveira  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

**CARTÓRIO LOUREIRO**  
DR. JOZIEL LOUREIRO  
TARELÃO E REGISTRADOR  
R. VILLE ROY, Nº 3036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (93) 3624-4097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[08x01E2]-HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA  
CK Em testemunho mm da verdade Boa Vista, 25/09/2019  
Empl. 2,45 FUNDEURR 0,25 FISC 0,10 FECON 0,10 ISS 0,10 Vlr Selo 1,5  
Selo: REC FIR158345UY7IG52WTAJRKK64 Nº Ticket: 00114  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 96532130249

OFÍCIO DE NOTAS, PROTESTO E REGISTRO  
CARTÓRIO LOUREIRO

Maryory C.C. Esbell Brito  
Escritor Autorizada  
Cartório Loureiro

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0039546/20

**Número do Sinistro:** 3200047482

**Vítima:** HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

**CPF:** 965.321.302-49

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/09/2019

**Titular do CPF:** HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML  
DUT

### DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência

### HEVERTON CARLOS DE OLIVEIRA : 965.321.302-49

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](http://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: 23/03/2020  
Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA