
Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658785

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658785

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658785 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 2.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2014744272 EM NÍVEL LEVE PARA O PÉ DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

701-354-792-15 ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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

5 - Nome completo: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

7 - Profissão: RECURSOL 8 - Endereço: TRAVESSA JÚLIO PINTO

11 - Bairro: TANQUEDO NOVO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-313-538

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel (DDD): 95 91144021

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, TUTELADO/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00050545 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

- ☐ 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 da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 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 14/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

701-354-792-15 ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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

5 - Nome completo: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

7 - Profissão: RECURSOL 8 - Endereço: TRAVESSA JÚLIO PINTO

11 - Bairro: TANCECO NEUCS 12 - Cidade: BOA VISTA

13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-313-538

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel (DDD): 95 91144021

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 BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR OU CURADOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00050545 2

(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

☐ 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 da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 14/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 08:37

Data/Hora Fim: 14/10/2019 08:54

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/09/2019 11:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: deusa leitão

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Açailândia

Sexo: Masculino

Nasc: 08/03/1981

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Estevan Pereira Freire

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 193283

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av lameda antares

Nº: s/n lote 61 q 84

Bairro: cidade satélite

Telefone: (95) 99165-1589 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava na motocicleta honda broz preta de placa NAO9724 chassi 9C2KD0550CR570709, em nome de JOSE ALGUSTO MOREIRA, na rua acima mencionado quando de repente uma outra motocicleta que vinha sentido contrario invadiu a contra mão atingindo o comunicante que veio a cair, com o impacto o comunicante quebrou um dedo do pé direito, que foi atendido pelo samu e conduzido ao hgr. Que não sabe iformar maiores detalhes da outra motocicleta. É o relato.

Que não deseja representar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

ASSINATURAS



ANTONIO NETO M. FREIRE
Antonio Neto Moreira Freire
(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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 08:37

Data/Hora Fim: 14/10/2019 08:54

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/09/2019 11:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: deusa leitão

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Açailândia

Sexo: Masculino

Nasc: 08/03/1981

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Estevan Pereira Freire

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 193283

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av lameda antares

Nº: s/n lote 61 q 84

Bairro: cidade satélite

Telefone: (95) 99165-1589 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava na motocicleta honda broz preta de placa NAO9724 chassi 9C2KD0550CR570709, em nome de JOSE ALGUSTO MOREIRA, na rua acima mencionado quando de repente uma outra motocicleta que vinha sentido contrario invadiu a contra mão atingindo o comunicante que veio a cair, com o impacto o comunicante quebrou um dedo do pé direito, que foi atendido pelo samu e conduzido ao hgr. Que não sabe iformar maiores detalhes da outra motocicleta. É o relato.

Que não deseja representar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

ASSINATURAS



ANTONIO NETO M. FREIRE
Antonio Neto Moreira Freire
(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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Estado (ou) tipo de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - At do doente ou ASL: ☐ 3 - CPF do titular: **701.354.792-15** 4 - Nome completo da vítima: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. VI 048/2012

5 - Nome completo: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE** 6 - CPF: **701.354.792-15**

7 - Profissão: **RECEISSION** 8 - Endereço: **TRAVESSA Julho Pinto** 9 - Número: **15** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **PANDEIRO NOVO** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **69.313-538**

15 - E-mail: **marcelo_silva_638@ig.com.br** 16 - Telefone: **95 91144021**

17 - Nome completo do Representante Legal: **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 05 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

18 - CPF do Representante Legal: **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL** 19 - Profissão do Representante Legal: **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Declaração de renda: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

22 - Declaração de renda: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

23 - CONTA POUPEANCA (somente para o beneficiário ou ASL, não aplica): ☐ Bradesco (287) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

24 - CONTA CORRENTE (todas as bancas): ☐ Nome do BANCO:

25 - Agência: **3027** ☐ CONTA: **00050545** ☐ 26 - Agência: ☐ CONTA:

27 - Agência: ☐ CONTA:

28 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Não há IML que atenda a exigência ou da minha residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a exigência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a exigência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

29 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Não há IML que atenda a exigência ou da minha residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a exigência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a exigência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

30 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Não há IML que atenda a exigência ou da minha residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a exigência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a exigência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

31 - Declaração de ausência de laudo do IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Não há IML que atenda a exigência ou da minha residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a exigência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a exigência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

32 - Nome: 33 - CPF:

34 - Nome: 35 - CPF:

36 - Nome: 37 - CPF:

38 - Nome: 39 - CPF:

40 - Nome: 41 - CPF:

42 - Nome: 43 - CPF:

44 - Local e Data: **BOA VISTA 14/10/19**

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

46 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (se houver): **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

47 - Assinatura do Procurador (se houver): **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO REPRESENTADO

ASSINATURA

TERMO DE RECUSA	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input checked="" type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input checked="" type="checkbox"/> RED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n°	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° 19	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
02 Digipipaz	25	SV	12:30
02 Filintip 20mg	40g	SV	12:30

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

10/09/2019 às 12:14 A Borge foi acionada para atender a uma dor de cabeça de natureza traumática. Ao local a equipe chegou por via aérea da cidade de Marabá, com o paciente, vítima de trauma, sendo atendido por um médico do CBM, sendo feito o atendimento com a medicação adequada a mesma, sendo a medicação dada e posteriormente encaminhada para a unidade de saúde.

02 doses de 25mg de Digipipaz (m)

02 doses de 20mg de Filintip

01 dose de 40x12

02 doses de Digipipaz

02 doses de Filintip 20mg

01 Scalp. 19.

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
 Em 27/09/19
 Stephanie
 Rubrica

Maria Cláudia Silva
 Enfermeira
 CORE-RR 27.545

Assinatura e carimbo do profissional



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0030556-1

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003408265

A Tivita Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	10/09/2019	266	261,08

MARIA DO CARMO DE MORAES SANTANA
TV JOÃO PINTO 15 TANCREDO NEVES

CPF: 066024162558272

CPF: 69.313-538 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.15.125800

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		14844		Atual:	12/08/2019
Anterior:		14578		Anterior:	11/07/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	12/09/2019
Consumo Medido:		266		Emissão:	09/08/2019
Consumo Faturado:		266	FCAM	Apresentação:	12/08/2019

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14TDS02703-N	1507683	1.1.1.1	295

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 274	CONSUMO 266 A R\$ 0,772737 = 205,54
JUN/19 210	DOACAO LBV - 0800-0555099 24,00
MAY/19 361	ILUMINACAO PUBLICA 31,54
ABR/19 443	
MAR/19 309	
FEV/19 208	
JAN/19 240	
DEZ/18 264	
NOV/18 380	
OUT/18 415	
TOTAL SEM TRIBUTOS: 2.504,20	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800-7019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 e 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 09/08/2019, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 6360.FBF5.C3F6.4B67.E4BF.1467.0740.C50F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,26	Base de Cálculo:	205,54
Energia:	110,80	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,94
Encargos:	5,75	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	36,73	Valor do COFINS:	1,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

CAER

CNPJ: 05.939.467/0001-15
 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
 FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA

0 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019

19,06

0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
 SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



CAER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de 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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO NETO MORAES FREIRE inscri (a) no CPF sob o Nº 701.354.792 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim ANTONIO NETO MORAES FREIRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.354.792 / 15, conform determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSOU Renda: RECUSOU 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

BOA VISTA, RR de Outubro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, JOSE AUGUSTO MOREIRA

RG nº 88.532, data de expedição 29/08/2016

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 323.242.432-53

com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

RO RAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SB-02 B. DR SILVO BOTEALHO, nº 80

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANTONIO NETO M. FREIRE, cujo o condutor era

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BRO2 Ano: 2012

Placa: NAO 9724 Chassi: 9C2KD0550CR570709

Data do Acidente: 10/09/19

Local e Data: 10/10/2019

JOSE AUGUSTO MOREIRA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
CPF: 14897033975-00000000000
Recolheu por: VERDADEIRA e(s) firma(s)
"JOSE AUGUSTO MOREIRA"
Em testemunho de verdade, B.O.C.
Do que deu fé, Boa Vista/RR, 10 de outubro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em www.portalseg.com.br
REC/FIR166296UBK92K2HQ1UCHG67

148970
Ygor
Assinatura Autorizada



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.

1901160018

10/09/2019 12:51:42

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 14

Paciente **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE** Data Nascimento **08/03/1981** Idade **38 A 6 M 2 D** CNS CPF Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
M **PARDA** **BOA VISTA - RR** **BRASILEIRA**

Mãe **NEUZA MOTA MOREIRA** Pai **ESTEVAN PEREIRA FREIRE** Contato **(95) 99116-2725**

Endereço **RUA - CC - 30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR** Ocupação

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

Motivo do Atendimento **OUTROS** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **EDVAN NASCIMENTO**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

25

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **12:52 h**) **Acidente motociclistico, trazido pelo SAMU, sentada na moto. Lesão traumática de pé D, com lesão leve.**

Exame Físico **Estável, euforico, Glasgow 15. Rotador em pé D, com aparente fratura.**

Hipótese Diagnóstica **Fx? Realizado xifano/taxexon pelo SAMU.**

SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO **2 Anal. ORTÓPEDIA.**

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: **ORTOPEDIA** ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 10/09/2019 12:53:10

Dr. Marcus Brunner
Dr. Marcus Brunner
Médico
CRM-RR 1917



1901160018

13.15: Rx de pe ^(A): ser naturais, dfo,
pequena fratura em metacarpo
* Ferimento corto-centuro pequeno, +/- 2cm,
profundo, se sangramento ativo no
momento.

Cd: - Limpeza + sutura
- Alta cl orientações + receita
+ atestado.

A entregada

Kurina Kendra M. Marinho
Cirurgiã Geral / Coloproctologista
CRM/R 1512





EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Antonio Neto Moreira

Hospital General Elise

(13)

Dr. penitentes

RAIO X

DATA: 11/10/19

HORA: 14:00

RX

OK - Otis 12

Gravidez na 12ª semana

Gravidez H.C. 12

Raios + Pe (1)

(14-06-2019)

Dr. Odinachi Okagaki
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12811/R

DATA

10/09/19

ASSINATURA E CARIMBO

D



ANTONIO NETO M.

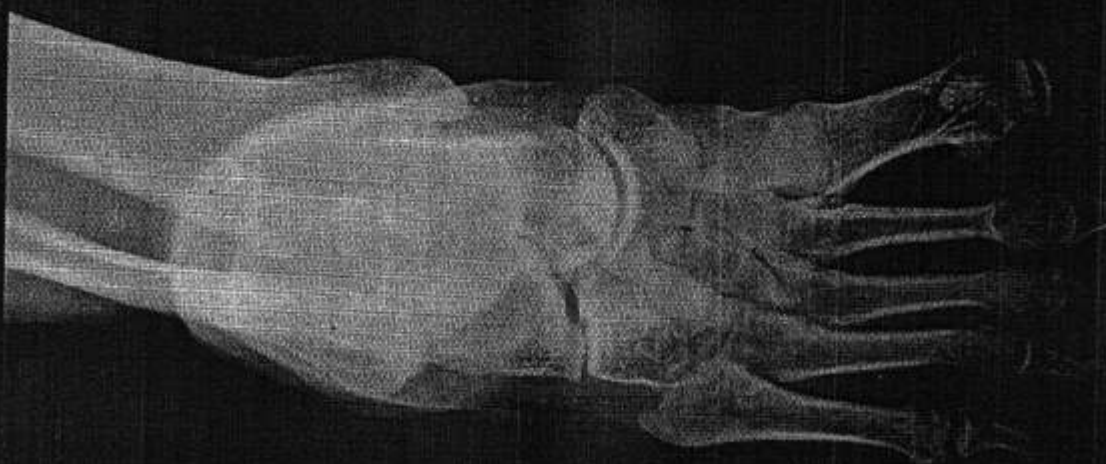
11389

HOSPITAL CORONEL MOTA

04/10/2019

Claudioaico

65.5%





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
 CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO



RR

ANTONIO RETO MOREIRA FREIRE



DOC. IDENTIFICACAO / DATA EMISSAO

193283 882 RR

CPF

701.154.792-15

DATA NASCIMENTO

08/03/1981

FILIAÇÃO

ESTEVAN FERREIRA FREIRE

NEUZA NOTA MOREIRA

PERMISSÃO

RECONHECIMENTO

RG

23998800

CATEGORIA

A

NR REGISTRO

04155567470

VALIDADEZ

15/05/2023

DATA HABILITACAO

01/08/2007

Observações

A

Assinatura do Portador

Antonio Reto Moreira Freire

LOCAL

BOCA VISTA - RR

DATA DE EMISSAO

16/03/2018

Assinado por FRANCISCO BISNETTA MARQUES

Assinado por DISTRIBUIDOR

Assinado por DETRAN-RR

99971980245

RR209658924

Assinado por

RRORAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1650859641

PROIBIDO PLASTIFICAR

1650859641

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posição Direita



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

LOCAL DE NASCIMENTO

CERTID. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

CPF

475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL
Secretaria de Segurança

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042205559 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/07/2018

CPF/CNPJ 323.242.432-53

PLACA NA09724

RENAULT

HONDA/NXR150 BROS ES

2012

9C2KD0550CR5707059

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$81.29

R\$9.03

R\$90.32

R\$19.15

R\$10.40

R\$118.55

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.608/0001-04

23/7/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR Nº 013042205559
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00461107300

PLACA

2018

JOSE AUGUSTO MOREIRA

RR

323.242.432-53

NA09724

PLACA ANT/LUR

9C2KD0550CR5707059

PAS/MOTOCICLETA/MAO

AL80/BROSCH

HONDA/NXR150 BROS ES

2012

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

2014

9C2KD0550CR5707059

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
562125

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416879/19

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF: 701.354.792-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA
FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE : 701.354.792-15

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: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
NACIONALIDADE: BRAZILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354.792-15 ENDEREÇO: RUA/AV.
R. Trav. Julio Pinto, Nº 15
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR _____
CEP 69 313-538

VÍTIMA: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
CPF: 701-354.792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: RECURSO
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.



ANTONIO NETO M. FREIRE
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
NACIONALIDADE: BRAZILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354.792-15 ENDEREÇO: RUA/AV.
R. Trav. Julio Pinto, Nº 15
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR _____
CEP 69.313-538

VÍTIMA: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
CPF: 701-354.792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: RECURSO
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.



ANTONIO NETO M. FREIRE
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416879/19

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF: 701.354.792-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE : 701.354.792-15

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: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA