

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Valorização 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:

701-354-792-15 Antonio Neto moreira Freire

4 - Nome completo da vítima:

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

6 - CPF:

701-354-792-15

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

TRAVESSO Julho Pinto

9 - Número:

15

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

TANCREDO NEVES

12 - Cidade:

BON VISTO

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69.313.538

15 - E-mail:

menato.silva.638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

95 91114021

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 BANCARIOS

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DA 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: 3027

CONTA: 00050545 2

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 a pena de perda da ação) que não haverá 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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 (valnascer)? 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 Lider 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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nonato Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 701-354.792-15		4 - Nome completo da vítima: 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		6 - CPF: 701-354.792-15		9 - Número: 15	
7 - Profissão: Recepcionista		8 - Endereço: TRAVESSA Júlio Pinto		10 - Complemento: CASO	
11 - Bairro: TANCREDO NEVES		12 - Cidade: Bon Vista		13 - Estado: RR	
15 - E-mail: moretashiba638@gmail.com				14 - CEP: 69.313-538	
16 - Tel.(DDD): (65) 911144021					
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).					
0 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUISO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
1 - DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO			<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)					
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00050545 (2) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)					
2 - Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 INJÚRIA FÍSICA					

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

O devedor sob a garantia da Seguradora Lider deve, ao solicitar a cobertura de invalidez permanente, apresentar o laudo do IML para o ato de cobertura, bem como o laudo de avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que este 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 INVALIDEZ PERMANENTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascer)?	
				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
				31 - Vítima teve irmãos?		32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p>Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por Infração do artigo 299 do Código Penal.</p>							

<p>Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</p>	<p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <hr/> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <hr/> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p>
	<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p>

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jaimeundo Novato Silveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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

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)
Loradouro: deusa leitão

Bairro: Cidade Satélite

Tipos de 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 - Açaílândia 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

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 contrário 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 informar 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

DAT
Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

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
PÓLICIA 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

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)

Logradouro: deusa leitão

Bairro: Cidade Satélite

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 - Açaílândia 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 Iameda antares

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 contrário 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 informar 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

DAT
Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

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."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nif do(a)tituto ou ASI:	3 - CPF do(a)tituto:	4 - Nome completo do(a)tituto:	
	001-341.793-15	ANTONIO NEVES MERCERIA FERRE	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FÁRCA DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ÚLTIMA/PRINCIPAL) REPRESENTADA LEGAL - CIRCULAR SU-026-11-048-2022

7 - Profissão: <u>Recepcionista</u>		8 - Endereço: <u>TRAVESSIA JULLIO PINTO</u>		9 - CEP: <u>301354-992-15</u>
11 - Bairro: <u>Francisco Neves</u>		12 - Cidade: <u>Boa Vista</u>		13 - Estado: <u>RR</u>
15 - E-mail: <u>menorafelix638@gmail.com</u>				16 - Telefone: <u>(95) 91144021</u>
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTORE E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIARIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome do Representante Legal				

47 - DETER COMPETÊNCIA HABILITANTE DE LEGAL

18 - CP: Dr. Representante (Ass.)

Declaro, para todos os fins da eleição, constar:

... todos os riscos de direito, residir no endereço acima mencionado, conforme comprovado, somente /MUNICÍPIO/.

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
CONTA DE INVESTIMENTO (selecionar uma ou mais opções)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (selecionar para de investimento, Ativação, ou opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (289)	<input type="checkbox"/> Itaú (347)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (101)	<input checked="" type="checkbox"/> Ciberc (Econômica Federal) (104)	

Numero do documento: 000030545 | AGENCIA: | CONTA: |

Informações sobre o cliente: | Informações sobre o credor: |

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso de Seguro DPAT e que eu tiver direito, reconhecendo o valor, desde já e somente após a efetivação do credito, daltante total da vales ressaltado.

22 - DECLARAÇÃO DE ALUSÃO A DECLADO DO INI - PREENCHIMENTO SOMENTE PELA PESQUISA

Não é IML que atende a regras do cobertura ou da tarifa residencial; ou

O IML que atende a regras do cobertura ou da tarifa residencial não tem as pendências para ser de seguro (PWT); ou

O IML que atende a regras do cobertura ou da tarifa residencial

Porto Mar: ve analisado, refletido o prosseguimento de análise da meu pedido do Incêndio do Seguro DF-ART, por inabilité permanente, com base no documento que apresenta documenta de adesão de mês, conforme Lei 6.454/74, art. 53, §3º, declarando que esta autorização não significa previsão contradiz com o seu

DECLARAÇÃO DE ONICOS BENEFICIÁRIOS - 00000000000000000000000000000000

26 - Vítim(a) de desvio de conduta (homicídio); Sim Não 27 - Se houve desvio de conduta, qual?

34 Representante classe, ex- militante comunitário não filiado:	35 - Nome legal do quem assina a regra/a pedido	36 - CPF legal do quem assina a regra/a pedido	37 - (*) Assinatura do quem assina a regra/a pedido
	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha

40-Locality, Browns Vista, 14/10/19

~~ANTENNA NO. 10 TIPS~~

Reviews 21

Manoel Novato Siqueira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

卷之三

Nº 1667: Auto de noto morrein ferre 20:39 sexta: amoc.



FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU BV

UNIDA:

BRAVO II

EQUIPE: Márcia Fernandes + Jose



Nº 1667: -

SAMU
192

Paciente: Antônio noto morrein ferre

Idade: 39

Sexo: masculino

Nacionalidade: Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: R. Deusa Leite Canha s/nº

Bairro: Centro

Nº 10.540.

DATA: 20/09/2019

HORA J/9:

BASE: ()

VIA () RÁDIO ()

Médico (a) Regulador (a): Dr. Lydiann

HORA J/10: 12:25

CELULAR ()

MOTIVO INICIAL:

motofx moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [] 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- Acidente de trânsito Urgência psiquiátrica Quimadura Urgência obstétrica
 Agressão física / espancamento Tentativa de suicídio Choque elétrico Transferência
 Agressão física – FAF Envenenamento Queda Exame complementar
 Agressão física – FAB Afogamento Urgência clínica Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro

AVALIAÇÃO INICIAL

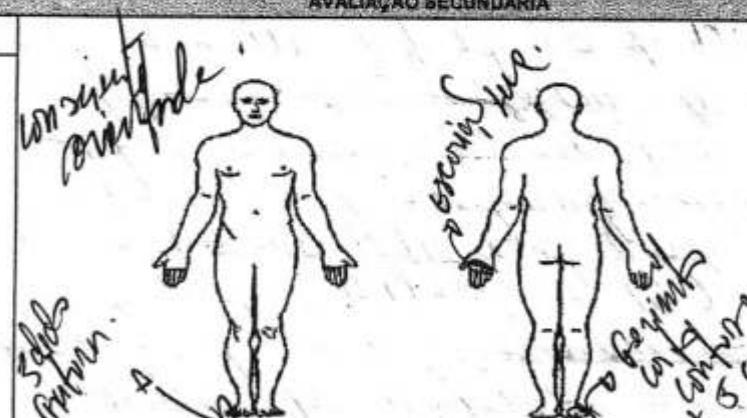
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <i>SIP</i>	<input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulex-radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Clanoese central [] Extremidade	<input type="checkbox"/> Mofo <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

SINAIS VITais E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	1276 130x80	70	21	100%				
Fim	12:54 120x90	70	19	100%			30	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematoma	<input type="checkbox"/> Ao comando
3 - Contusão	<input type="checkbox"/> À dor
4 - Escoriação	<input type="checkbox"/> Sem resposta
5 - Lacerção	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	



ABERTURA OCULAR

- Espontânea
 Ao comando
 À dor
 Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- Orientado
 Confuso
 Palavras inapropriadas
 Palavras incompreensíveis
 Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- Obedece a comandos
 Localiza a dor
 Movimento de refleto
 Flexão anormal
 Extensão anormal
 Sem resposta

15

AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input checked="" type="checkbox"/> Rítmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurogênica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva

Média

Severa

Leve

GRAVIDADE COMPROVADA	Assinatura e Carimbo Médico (Localidade de Destino)	Rubrica
<input type="checkbox"/> Ileso <input type="checkbox"/> Pequena	<i>Luiz Fernando Júnior</i> <i>Cirurgião-Dentista</i> <i>CRM-RR 1583</i>	<i>Stephanie</i> <i>Bombeiro</i> <i>Outros:</i>

- Cancelamento
 Recusa de Atendimento / Hospitalização
 Não se encontrava no local

Ileso

Policia Militar
 Guarda Municipal
 PRMTRAN

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:

 Movimentos fetais presentes Partes fetais na vulva

Perda de líquido:

 Contrações entre 3-5 min. Com cartão da gestante

BCF:

 Contrações com duração > 30s Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

 Aspiração Máscara laringea Monitorização cardíaca Imobilização de fraturas Cânula de Guegel Guia de Introdução Bougie Colar cervical Curativos Cateter nasal: ____ L/min Cricotireostomia cirúrgica Headblock Parto vaginal Máscara facial: ____ L/min Oximetria Prancha longa Cesárea de emergência Bolsa-velva-máscara: ____ L/min Dreno de tórax Tirantes Imobilização de luxação Intubação orotraqueal Descompressão torácica IRED Outros: Acesso venoso Gelco n° ____ Acesso venoso Scalp n° ____ Acesso intraósseo

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO

DOSE

VIA

HORA

FÁRMACO

DOSE

VIA

HORA

02 pipipry
020 filinf 20g

25

IV

12:30

40g

IV

17:30

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

10/09/2019 21 12:41 A 30g de glicose foi adicionada para abrandar a
uma ocorrência de surto de transmissão. Foi feita a intubação
esofágica do lado da (fissura) da ambulância, corrigiu, iniciou
do, no laboratório primário que levou ao feto no fôlego
feito igualmente pelo um socorrista do CBM,
feita, contudo, bem a medida respeitou a mesma
padronizada a medida. Isto é, posteriormente enunciado
nunca para a vigilância de saúde.
medida feita.

16 02 glicose de 100g med. (m)

6001 Sipipry 20

1001 Multe de 40x12

602 ap. pipipry

602 ap. filinf 20g.

1001 Sipipry 19.

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

Flávio Cláudio Silveira
Técnico Enfermeiro
COPLE-RR 812-545

Assinatura e carimbo do profissional



**RORAIMA
ENERGIA**

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

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0030556-1

Nº da Nota Fiscal 003408265

003408265

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

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

HAKTA DO CARMO DE MORAES SANTANA
TV: JU 10 PINTO 15 TANCREDO NEVES
CPF: 06024162558272
CNPJ: 62.322.538/0001-12

CEP: 69 313-538 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.15.125800

DADOS DA LEITURA	KWB	KVA/R	DATOS 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 Médio:	266		Emissão: 09/08/2019
Consumo Futurado:	266	FCAM	Apresentação: 12/08/2019

NORMAL 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	SI	14TDS02703-N	1507683	1.1.1.7	295
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo		CONSUMO	266	A R\$ 0,772737 =	205,54
JUL/19	274	DOACAO LBV - 0800 0555099			24,00
JUN/19	210	ILUMINACAO PUBLICA			31,54
MAI/19	361				
ABR/19	443				
MAR/19	309				
FEV/19	208				
JAN/19	240				
DEZ/18	264				
NOV/18	380				
OUT/18	415				
TOTAL CONTRIBUIÇÕES:					
14/06 - 0,504520					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800-7711000 E FAÇA URGENTES VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26
Roxo/verde. Até o dia 09/08/2019, não constatamos futuras vencidas
nossa Unidade Consultora.

RESERVADO AO FISCO 6360-FBES-C3F6-4B67-F4BE-1467-0740-C50E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,26	Base de Cálculo:	205,54
Energia:	110,80	Aliquota 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

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
1,00			4,80		0,49	

06/2019

FLUORESCEIN 06/2019 48,90



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

DESCRÍÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019	0	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 N° 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 10201009 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



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 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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO VICTO MOREIRA FREIRE inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.354.792 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDIZ da Vítim ANTONIO VICTO MOREIRA FREIRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.354.972 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

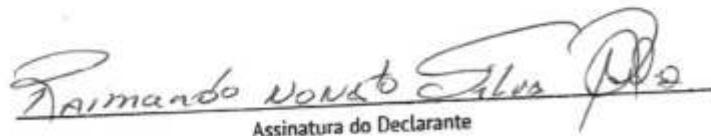
Recuso informar

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	Telefone comercial (DDD)	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	47	RR	69.317-471
Email	nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, PR de outubro de 19
Local e Data


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

RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SB - 02 B. DR SILVO BOTELHO 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. Ferreira, cujo o condutor era

Antonio Neto Moreira Ferreira

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/INXR150 PRO Ano: 2012

Placa: NAO 9724 Chassi: 9C2KD0550CR570709

Data do Acidente: 10/10/19

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)



146.970
Assinatura do Condutor
Assinatura do Declarante

As 13.15: Rx de pé ^(A): Seu traços: ser naturais, dfo,
pequena fratura e metatarso
* Fissuras corto-centros pequenas, +/- 2cm,
mas fundo, se segmentos atrofia no
movimento.

Cd: - Limpza + antiséptico
- Alfa cl ameaçadas + recife
+ atestada.

A
antidiábolos

Arthur Kenedy M. M.D.
Cir. Geral / Coloproctologia
CRM RR 1512





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



RECEITUÁRIO

NOME:

Antônio Neto Moreira

Hospital General RR (13)

Dr. penitentes

RAIO X

DATA: 11/10/19

oftalmologia

HORA: 14:00

laringe

rx

farol na Região H02

farol H-c.u

raios x pe (1)

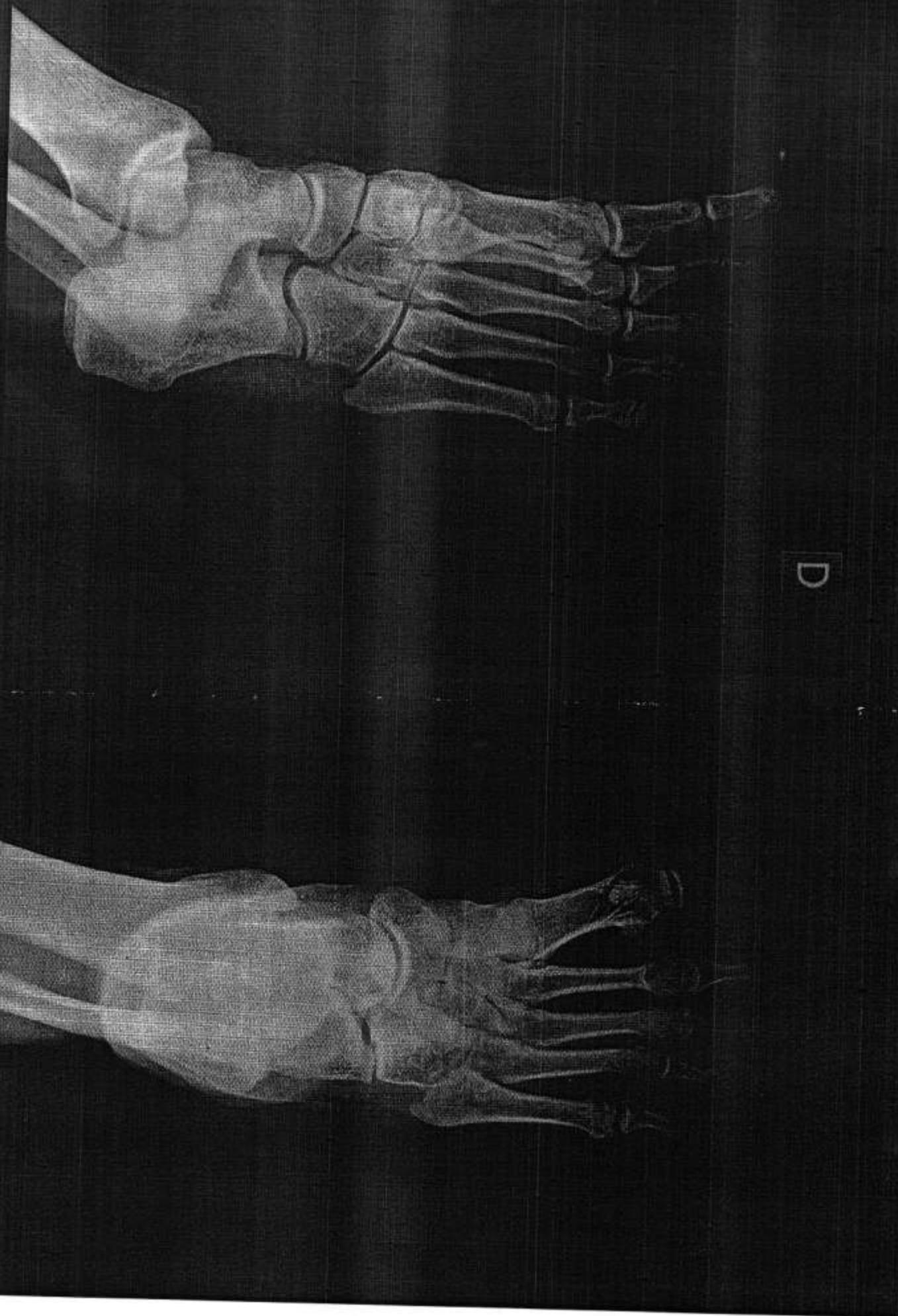
(Dr. Odilacir)

Dr. Odilacir Okapu
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18511/R

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

D



ANTONIO NETO M.

11389

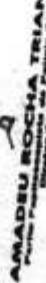
HOSPITAL CORONEL MOTA

04/10/2019

Cloudaldo

65 5/6



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA		INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ	
REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NOME: RAIMUNDO MONATO SILVA		DATA DE EXPEDICAO: 28/01/2016	
NASCIMENTO: 15/09/1968		DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1968	
NATURALIDADE: VARGEM GRANDE - MA		DOC. CEDENTE: AMADU ROCHA TRIANI	
CERTO NASC: 2560 FLS 2 LIV A 43		CARTA DE IDENTIDADE: LEI N° 7.118 DE 26/08/83	
CNPJ: 475.628.163-91		P. F. P7	
3 VIA		Assinatura do Titular	
ASSINATURA DO TITULAR		CARTERA DE IDENTIDADE	
Polegar Direito		Assinatura do Titular	
 		 <small>Assinatura do Titular</small>	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT
562125

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416879/19

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF: 701.354.792-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA
FREIRE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Neto Moreira Freire
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354-792-15 ENDEREÇO: RUA/AV,
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69313-538

VÍTIMA: Antônio Neto Moreira Freire
CPF: 701-354-792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Pecuário
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 Líder, (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.

Antônio Neto M. Freire
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Neto Moreira Freire
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354-792-15 ENDEREÇO: RUA/AV,
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69313-538

VÍTIMA: Antônio Neto Moreira Freire
CPF: 701-354-792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Pecuário
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 Líder, (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.

Antônio 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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