

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2014

Carta nº: 5021623

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vitima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
Data Acidente: 23/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta nº: 5297860

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
Data Acidente: 23/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060821-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta nº: 5297861

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
Data Acidente: 23/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060821-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014744272 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CC 30 nº 461 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 193283 - SSP**
Data local do exame: **22/09/2014 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO 5 METATARSO A DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MEDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO DISCRETA NA MOBILIDADE DO PE DIREITO E NA FLEXO EXTENSAO DO 5 PODODACTILO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

PE DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 22/09/2014

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cezar F. de Queiroz
Médico
CRM: 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000060821-1

Nr. da Autenticação 37E91C054AEC0425



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Neto Moreira Freire
 PORTADOR(A) DO RG Nº 193.283 EXPEDIDO POR SSPI RR EM 06/06/08 E
 CPF 401354792-15 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Autônomo,
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Neto Moreira Freire, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



RESINTRAN

28 AGO 2014



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO 003 AGÊNCIA 0050-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 60.823-1
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Boa Vista RR, DATA 14/08/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) ANTONIO NETO M. FREIRE

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BANCO DO BRASIL S.A.
14/08/2014 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.15.32
08j2172608

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0250-X CONTA: 60.821-1
CLIENTE: ANTONIO NETO M. FREIRE

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
31/07/2014		
Saldo Anterior		0,00C
01/08/2014		
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
Saldo		0,00C
05/08/2014		



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº: 552 - B / 2014 Boa Vista - RR, em 17/07/2014

COMUNICANTE: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

RG: 193283

O.EXPEDIDOR: SSP/RR

CPF: 701.354.792-15

ENDEREÇO: RUA CC:30

Nº: 461

BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: M

PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO

NATURALIDADE: CARACARAÍ

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1981

IDADE: 33

GRAU DE INSTRUÇÃO: MEDIO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

TELEFONE: 95-9141-4727

Nº REG CNH: 04155567470

NOME DO PAI: ESTEVAN PEREIRA FREIRE

NOME DA MÃE: NEUZA MOTA MOREIRA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às **18:30:00** do dia **23/05/2014**, na Rua **AV : TANBAU**

Bairro: **EQUATORIAL**,

Município: **BOA VISTA**

Aconteceu o seguinte fato:

A VITIMA ACIMA CITADA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125FANKS DE PLACA DE PLACA NAU2699 CHASSI:9C2JC4110CR412477 DE PROPRIEDADE DO SR:JOÃO NETO DE SOUSA DA SILVA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A SUA FRENTE FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAISSE.A VITIMA SOFREU VARIAS LESÕES PELO CORPO E FOI ENCAMINHADO PELE EQUIPE DO SAMU AO PSE H.G.R

BOLETIM DE OCORRENCIA

RESINTRAN

1004026



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.
OBSERVAÇÃO: DPVAT. REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

Antonio Marcos S. Fernandes
INSCRIÇÃO - B

ANTONIO NETO M. FREIRE
Comunicante

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

DESPACHO

22.10.14

- () Fato Atípico. ARQUIVE-SE;
 () Aguarde-se novos fatos;
 () Intime-se para novas declarações;
 () Outros _____

Conferente / Recebedor

DAT

AGENTE DE PC
 CONFERIDOR

DELEGADO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014744272**Cidade:** Boa Vista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ANTONIO NETO
MOREIRA FREIRE**Data do acidente:** 23/05/2014**Emissor do parecer:** Erica
Marinho
Silva
Lima**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços**CRM do médico:** 2678

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5 METATARSO A DIREITA**Descrição do exame médico pericial:** LIMITACAO DISCRETA NA MOBILIDADE DO PE DIREITO E NA FLEXO EXTENSAO DO 5 PODODACTILO DIREITO**Resultados terapêuticos:** TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MEDICA DEFINITIVA**Sequelas permanentes:****Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 22/09/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ**UF do CRM do médico:** AM

DANOS

Dano

Perda funcional completa de um dos pés

% Dimensão Graduação

50 1 25

Valor avaliado: 1.687,50

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.027.022-3
Nota Fiscal de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela EEFAP 388/13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

105136-9

Nº da Nota Fiscal: 000041779

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2014	01/08/2014	121	48,90

ANTONIO NETO NOREIRA FREIRE
R. CC 30 461 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00070135479215
CEP: 69.318-145 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.03.165400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	5876	Atual:	17/07/2014
Anterior:	5755	Anterior:	16/06/2014
Consumo:	1,000	Próxima Leitura:	17/08/2014
	121	Consumo:	17/07/2014
	121	FCAM	

NORMAL

Fator de Potência:

Classe de Consumo: 31

TIPO DE CONSUMIDOR	Localidade	Número Medidor	Posto	Código de End.	Mês de Consumo
RESIDENCIAL	MONO	E2730351	M	1315681	1.1.1.1
					144

MÊS	CONSUMO (KWh)	CONSUMO	VALOR
JUN/14	119	CONSUMO	121 A R\$ 0,305946 = 37,01
MAI/14	123	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/14-00	0,04
ABR/14	120	MULTA POR ATRASO DE 1 05/14-00	0,60
MAR/14	153	JUROS DE MORA POR ATR 05/14-00	0,10
FEV/14	125	MULTA POR ATRASO 05/14-00	0,75
JAN/14	163	JUROS DE MORA DE IMPO 05/14-00	0,38
DEZ/13	170	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	10,02
NOV/13	161		
OUT/13	162		
SET/13	144		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
U A 121 - 0,347500

ATUAL SEGUROS DPVAT/RR

Contato: (95) 9157-0123

(95) 3224-1258

06/2014 49,60

Unidade consumidora pública - consumo de energia elétrica a partir de 01/05/2014. O não pagamento por parte do consumidor também a inclusão do nome do consumidor na SERVA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

TRE-RR NA CAMPANHA VOTO ÉTICO 2014. SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL PARA CONSTRUIR UM PAÍS MAIS JUSTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21

RESINTRAN

28 AGO 2014

RESERVADO AO FISCO 8286.F6A9.97C0.3C1D.AEEE.C1F4.7177.E588

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 13,77	Base de Cálculo: 37,01
Energia: 14,19	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 6,29
Encargos: 2,00	Valor do PIS: 0,13
Tributos: 7,05	Valor do COFINS: 0,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Limite	6,03	12,06	24,12	4,35
Realizado	0,48	1,00	0,48	0,48

Composto: DISTRITO

Período de apuração: 05/2014 EUSD: 13,39

ROT: 7.001.28.03.165400

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.027.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
105136-9	48,90
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2014	01/08/2014
Nº da Nota Fiscal:	FCAM
000041779	

836900000000 8 489000075000 5 00000000105 7 13690714008 3



1004040

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1400264253 23/05/2014 19:21:07 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19-07 8

Paciente: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE Data Nascimento: 08/03/1981 Idade: 33 A 2 M 15 D CNS: CPF: Prontuário:
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: PARDAS Raça/Cor: BOA VISTA Naturalidade:
IDENTIDADE Mãe: NEUZA MOTA MOREIRA Pai: ESTEVAN PEREIRA FREIRE Contatos: Cell: 9591162725 - Cel2: 9591414727 --
Endereço: RUA - CC - 30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Carate do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedencia: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: CLEIRANDESON

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

Anamnese de Enfermagem: GSC: TOTAL: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) *nto com queixa de trauma no pé direito com lesão de tendão de Aquiles*
Exame Físico: *Edema local* RESINTRAN 28 AGO 2014

Hipótese Diagnóstica: *Holotrauma. Fratura 5ª metatarso D*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: *Atenção* APRAZAMENTO: 003249 OBSERVAÇÃO:
Hospital Geral de Roraima SAME/HGR ENTREGUE ASS: *[Assinatura]*
Hospital Geral de Roraima SAME/HGR 17/08/2014
Certifico que a cópia está de acordo com o original Ass: *[Assinatura]*

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ 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

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR *1004
1400264253



Ortopedia 23/05/14

Trauma em pé esquerdo.
PC: mostra fratura de 5º met (D)

CD: Imobilização
- Alve
- Redução
- Orientação
- Atividade

Referência AO Trauma


Fábio Ferreira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1553



003249



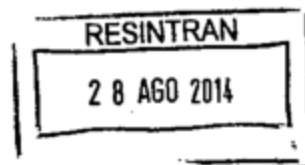
Dr. Willian Jorge F. Neves

CRM-RR 125

CIRURGIA GERAL - GASTROENTEROLOGISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PERITO LEGISTA

Antonio Neto Moraes Trave
vítima de acidente de trânsito
apresenta:
edema traumático em dorso
da mão direita, punho e face
dos membros do 5º metacarpo
do pé direito devido
a lesão traumática.



14 14
08

Dr. Willian Jorge F. Neves
MEDICO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polígono Direito

ANTONIO NETO M. FREIRE

ACERTADO EM 01/11/14

CARTeira DE IDENTIDADE

RESINTRAN

28 AGO 2014

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 193283 DATA DE EMISSÃO 06/05/2008

NOME **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

FILIAÇÃO **ESTEVAN PEREIRA FREIRE**
NEUZA MOTA MOREIRA

NATURALIDADE **AÇAILÂNDIA - MA** DATA DE NASCIMENTO **08/03/1981**

DOC. REGISTRO **CERT. NASC 8882 FLS 257 LIV A-18**
CARACARAI - RR

CPE **701.354.792-15**
2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIIC

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

ATUAL SEGUROS DPVAT/RR

Contato: (95) 9157-0123

(95) 3224-1256

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Neto Moreira Freire, portador da carteira de identidade nº 193.283 e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.354.792-15, residente e domiciliado na Rua: CC-30, 461 - Senador Hélio Campos, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS

1004054



ANTONIO NETO M. FREIRE

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RESINTRAN

28 AGO 2014

Boa Vista/RR, 14.08.14.

Local e data