



**Shipping Container 018**  
For Transportation Services - Charter - Blue Water - RR  
CABIN #2 - 40' x 8' x 8' - Price: £1000.00 + VAT £22.00  
Refurbished Container - Single Cabin - Price: £1,100.00  
Options required for shipping container include: ST, EASY, LAD, etc.

*Please confirm  
the following information  
with your agency*

114 de Paula Faria et al., 2017

0126500-1

| CONTABILIS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| MAIO/2019  | 11/06/2019 | 234           | 200,66              |

#### Partial listing of some sources

R. BELLARMINO I MAGAZZINI, 1967 E TANCREDO NEVES  
CPF: 000405-5-11-41-11-1

CEP 60300-4-14,4-15,4-16

CP 61-123-185. 137

DADOS DA LEITURA

200,00

| DADOS DA LEITURA           |  | SWR   | KVAh | DATAS DA LEITURA |            |
|----------------------------|--|-------|------|------------------|------------|
| Aleixo                     |  | 16685 |      | Além             | 26/05/2019 |
| Antônio                    |  | 16451 |      | Antônio          | 25/04/2019 |
| Centro da Multipropriedade |  | 1.000 |      | Última Leitura   | 25/06/2019 |
| Centro de Medida           |  | 234   |      | Ermano           | 27/05/2019 |
| Centro Fazenda             |  | 234   | FCAN | Acrescentado     | 28/05/2019 |

MORI-AI

33

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

|                 |              |              |         |           |              |
|-----------------|--------------|--------------|---------|-----------|--------------|
| Tipo de Unidade | Nº do Bairro | Número Móvel | Prédio  | Nome, CEP | Mês 12 meses |
| RESIDENCIAL     | 81           | 14TDB00301N  | 1517761 | 1.1.1.2   | 435          |

| HISTÓRICO EVN    |               | DESCRICAÇÃO DA CONTA |                      |        |
|------------------|---------------|----------------------|----------------------|--------|
| Mês/ano: Outubro |               |                      |                      |        |
| ABR/19           | 473           | CONSUMO              | 234 A R\$ 0,764607 - | 175,91 |
| MAR/19           | 402           | ILUMINACAO PÚBLICA   | -                    | 21,75  |
| FEV/19           | 653           |                      |                      |        |
| JAN/19           | 1046          |                      |                      |        |
| DEZ/18           | 559           |                      |                      |        |
| NOV/18           | 387           |                      |                      |        |
| OUT/18           | 354           |                      |                      |        |
| SET/18           | 270           |                      |                      |        |
| AGO/18           | 328           |                      |                      |        |
| JUL/18           | 258           |                      |                      |        |
| TOTAL FEB 2019   | 175,91        |                      |                      |        |
| Total            | 234 - 0,64620 |                      |                      |        |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE MENSAGEM

**Declaro que os seguintes débitos desta UC não vencem (Lei 12.007/09):**  
**LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26**  
**Parabéns! Até o dia 27/05/2019, não constatamos faturas vencidas**  
**nessa Unidade Consumidora.**

REF ID: AAD-FISCO-FO26-987C-51E2-C57A-3D99-F2A3-F3B1-BEAB

| COMPOSIÇÃO DA CONTA-R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS=R\$ |        |
|-------------------------|-------|-----------------------|--------|
| Distribuição:           | 45,97 | Base de Cálculo:      | 176,91 |
| Energia:                | 97,47 | Aliquota ICMS:        | 17,00% |
| Transmissão:            | 0,00  | Valor do ICMS:        | 30,41  |
| Encargos:               | 5,06  | Valor do PIS:         | 0,00   |
| Tríbulos:               | 30,41 | Valor do COFINS:      | 0,00   |

## **INDICADORES DE CONTINUIDADE**

0.09 0.50 0.03 0.05 0.06 0.00 0.00 0.05

0,00 0,00 0,00

Scanned by CamScanner



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

DESCRÍÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

|                                 |      |       |
|---------------------------------|------|-------|
| ÁGUA                            | 0 M3 | 23,83 |
| ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA |      |       |
| 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 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<br>001.031.031.0130.000 | MÊS/ANO<br>07/2019 | GRUPO<br>17 | TOTAL A PAGAR<br>43,74 | ROTA<br>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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Sérgio Marante do Rejo inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.088.202 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim Paulo Sérgio Marante do Rejo inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 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 Lider-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 | Rua: 05         | Número                  | Complemento            |
|----------|-----------------|-------------------------|------------------------|
| Bairro   | Cidade Satélite | 121                     |                        |
| Email    | Boa Vista       | Estado                  | CEP                    |
|          |                 | RR                      | 69.317-471             |
|          |                 | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
|          |                 |                         | (95) 99114-4021        |

Boa Vista, RR de Novembro 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
 Capital 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, Charles James Araújo Sales,  
 RG nº 72.625, data de expedição 04/12/1985  
 Órgão SSP/R2, portador do CPF nº 225671 86204  
 com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Francisco Custódio de Andrade, nº 1806  
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Paulo Sérgio Quarto de Rigo, cujo o condutor era Paulo Sérgio Quarto de Rigo.

Veículo: Moto Modelo: Yamaha Ano: 2017  
 Placa: NAR 1873 Chassi: 9C6DG2510H0045620

Data do Acidente: 13/09/2019

Local e Data:  
**CARTÓRIO LOUREIRO**

Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO LOUREIRO**

DR. JOZIEL LOUREIRO  
 TABELIÃO E REGISTRADOR  
[www.portaldecartorios.com.br](http://www.portaldecartorios.com.br)

REC VERDADEIRA a(s)assinatura(s)  
 [Nº 12345] - CHARLES JAMES ARAÚJO SALES

ACS Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade Boa Vista 17/10/2013  
 End: 245, FUNDEJUR 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Vlr Selo: 1,5  
 Selo: RECFIR158345LWMOF722M042G491 N° Ticket: 00346

Consulte seu selo: <https://cidadao.portaldeloureiro.com.br>

CPF Solicitante: 22567186204

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.

Dr. Elizéverino de Souza Júnior  
 Tabelião Substituto  
 Cartório Loureiro

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1º Classificação                   | Reclassificação                    |
| <input type="checkbox"/> Vermelho  | <input type="checkbox"/> Vermelho  |
| <input type="checkbox"/> Laranja   | <input type="checkbox"/> Laranja   |
| <input type="checkbox"/> Amarelo   | <input type="checkbox"/> Amarelo   |
| <input type="checkbox"/> Verde     | <input type="checkbox"/> Verde     |
| <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. |

|                                    |
|------------------------------------|
| Reclassificação                    |
| <input type="checkbox"/> Vermelho  |
| <input type="checkbox"/> Laranja   |
| <input type="checkbox"/> Amarelo   |
| <input type="checkbox"/> Verde     |
| <input type="checkbox"/> Azul Ass. |

|                                    |
|------------------------------------|
| Reclassificação                    |
| <input type="checkbox"/> Vermelho  |
| <input type="checkbox"/> Laranja   |
| <input type="checkbox"/> Amarelo   |
| <input type="checkbox"/> Verde     |
| <input type="checkbox"/> Azul Ass. |

|  |  |                                    |               |                   |              |              |                  |
|--|--|------------------------------------|---------------|-------------------|--------------|--------------|------------------|
| 1901161257   | 13/09/2019 09:51:25  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA |               |                   |              | DIURNO 07-19 | 5                |
| Paciente   |  | Data Nascimento                    | Idade         | CNS               | CPF          | Prontuário   |                  |
| PAULO SERGIO DUARTE DO REGO  |  | 05/11/1982                         | 36 A 10 M 8 D |                   | 93408820244  |              |                  |
| Tipo Doc   | Documento  | Órgão Emissor                      | Data Emissão  | Sexo              | Estado Civil | Raça/Cor     | Nacionalidade    |
| Mãe  |  |                                    |               | M                 |              | PARDA        | MANAUS - AM      |
| FRANCISCA DUARTE DO REGO   |  |                                    |               |                   | Pai          |              | BRASILEIRA       |
| Endereço   |  |                                    |               |                   |              | Contato      |                  |
| RUA - FRANCISCO CUSTÓDIO DE ANDRADE - 1806 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR |  |                                    |               |                   |              |              |                  |
| Class. de Risco  | Piano Convênio   | Nº da Carteira                     |               | Validade          | Autorização  | Sis          | Prenatal         |
|  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE   |                                    |               |                   |              |              |                  |
| Motivo do Atendimento  | Caráter do Atendimento   | Profissional do Atend.             |               | Procedência       | Temp.        | Peso         | Pressão          |
| ACIDENTE DE MOTO   | URGÊNCIA   |                                    |               |                   |              |              |                  |
| Setor  |  | Tipo de Chegada                    |               | Procedimento Sol. |              |              | Registrado por:  |
| GRANDE TRAUMA  |  | DEMANDA ESPONTÂNEA                 |               |                   |              |              | EDVAN.NASCIMENTO |
| Queixa Principal   | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                                    |               |                   |              |              |                  |

QV6DA DE MOTO

|                        |  |       |
|------------------------|--|-------|
| Anamnese de Enfermagem | GSC  | TOTAL |
|                        | AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 |       |

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
 Vítima de queda de moto, apresentando ósicos ósseos em  
 MRO ①, TOGLIO ①, PG ①

Exame Físico  
 B66, LO64, AN6, COMPO, INHABITAD, CUPNAC

Hipótese Diagnóstica  
 LESÃO TORÁDICA? LIBERNA???

|  |                                    |                              |                                 |                                |                              |                                 |
|--|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| SADT - Exames Complementares                                       |                                    |                              |                                 |                                |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> RAIOS-X                                   | <input type="checkbox"/> ULTRA-SON | <input type="checkbox"/> LTC | <input type="checkbox"/> SANGUE | <input type="checkbox"/> URINA | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| PRESCRIÇÃO<br>Dr. Luiz Fernando Jungen<br>CRPF: 759 / CRM-RR: 1583 |                                    |                              |                                 | APRAZAMENTO                    |                              | OBSERVAÇÃO                      |
| ODIPINOMA 2g EN 10/19<br>CRISTAL                                   |                                    |                              |                                 |                                |                              |                                 |
| Dr. Luiz Fernando Jungen<br>CRPF: 759 / CRM-RR: 1583               |                                    |                              |                                 |                                |                              |                                 |
|  |                                    |                              |                                 |                                |                              |                                 |
|  |                                    |                              |                                 |                                |                              |                                 |
|  |                                    |                              |                                 |                                |                              |                                 |

|  |  |
|--|--|
| Conduta  |  |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: / / : : |
| Óbito  |  |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica   |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



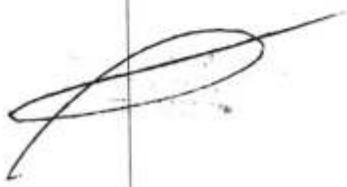
Otoporais

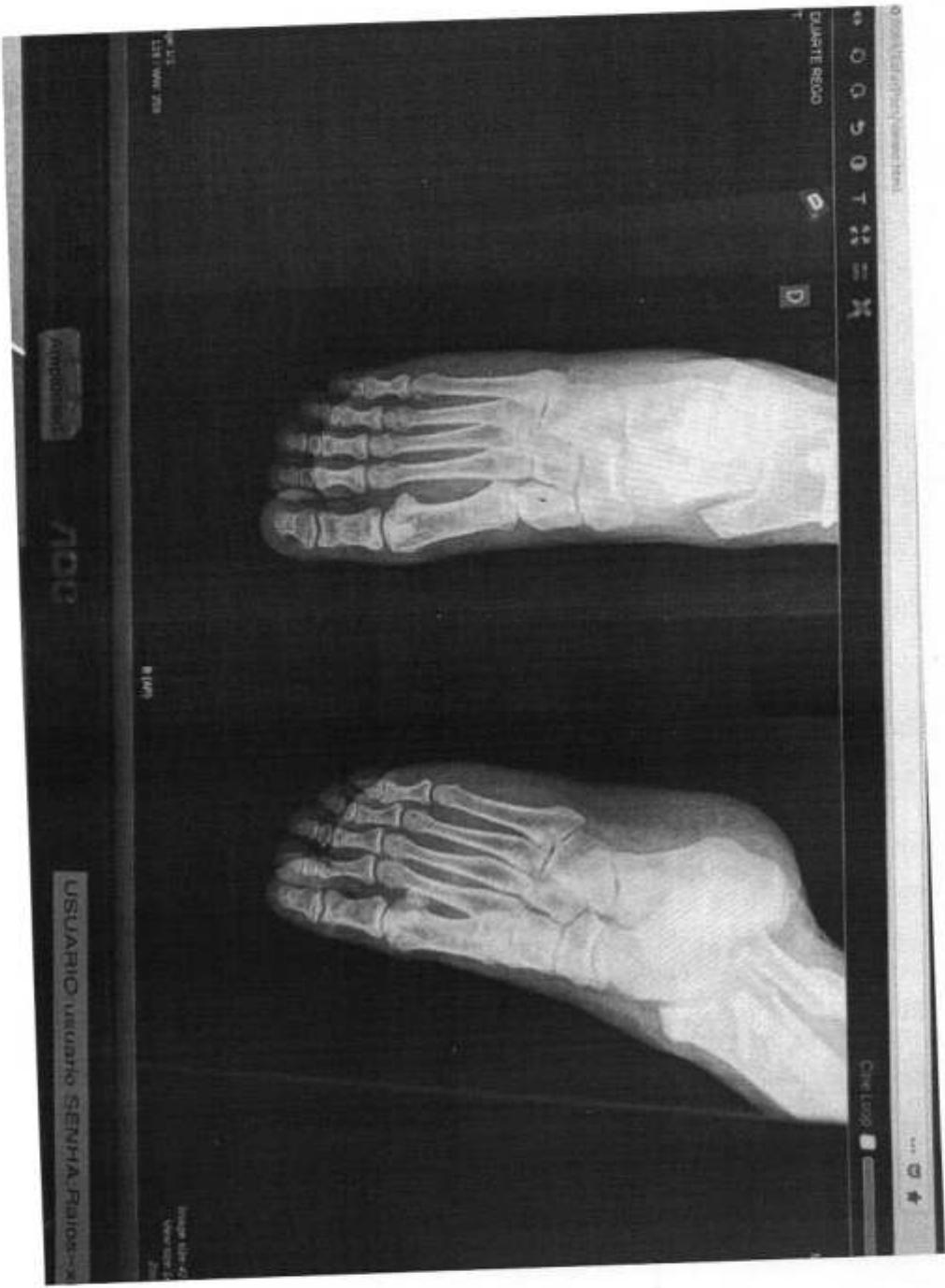
Paciente visto se apresente os traços (notas),  
examinou com túnica umbrosa em jf e  
recebeu óculos escuros.

ext. fura

nm

H.O. Túnica umbrosa em  
transverso (e)





USUÁRIO: usuário SENHA: Raiz000

Winge 10-01  
Universitá  
de

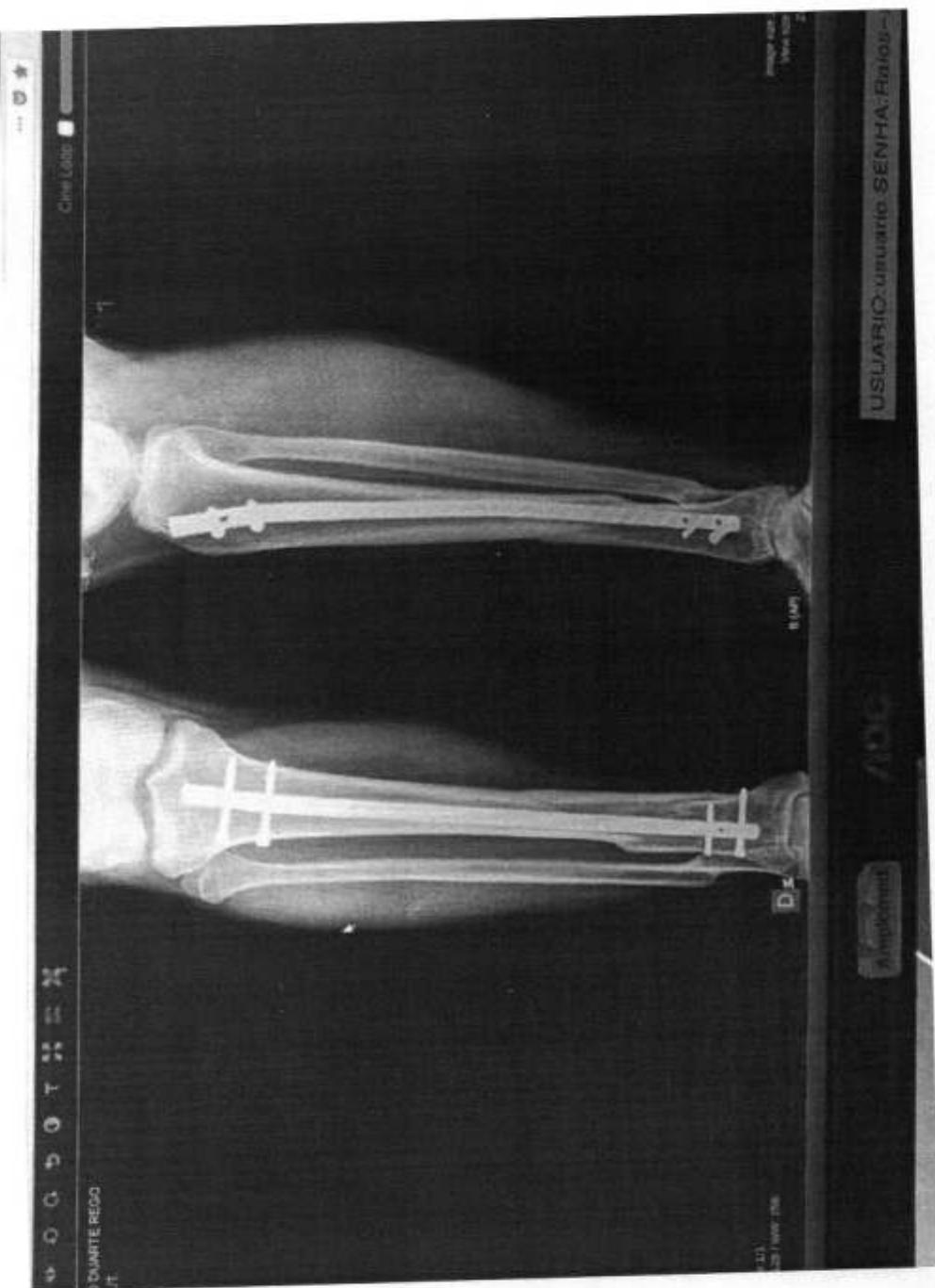
LIT.  
LIT. WING 10-01

Radiograf

100













|                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                              |
| CPF                                  | 1706479-1                    |
| NOME                                 | PAULO SÉRGIO INÁRCIO DO REGO |
| MATRIZ                               | ESTELITO PINTO DO REGO       |
| FRANCISCA MARIE DO REGO              |                              |
| SANTAREM - PA                        | 05/11/1962                   |
| NASCIMENTO                           |                              |
| DATA DE NASCIMENTO                   |                              |
| EV.º CERT. NASC. N.º 40.838 FLS. 245 |                              |
| EV.º N.º 55 CART. 8.000 MANAUS - AM  |                              |
| PACOS-14                             |                              |
| LICENCIADO ENGENHEIRO                |                              |
| CAR. VI                              |                              |



|   |  |                              |                                    |
|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| REGISTRO<br>GERAL   |  | 35703-5                      | DATA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |
| NOME:   |  | <b>RAIMUNDO NONATO SILVA</b> | DATA DE<br>EXPERTE-AF:             |
|   |  |                              | 28/01/2016                         |
| FILIAÇÃO:   |  |                              |                                    |
| <p style="text-align: center;"><b>VANGELINA PEREIRA SILVA</b></p> <p>NATURALIDADE:<br/><b>VARGEM GRANDE - MA</b></p> <p>DOC. CRESCEM:<br/><b>CERTO MASC. 2560 FLS 2 LIV A 43</b></p> <p>VARGEM GRANDE-MA</p> <p>O.P.F.</p> <p>475-628-443-91</p> <p>3 VIA</p> <p><b>RAIMUNDO ROCHA TELAS</b><br/>CNPJ: 23.110.111/0001-00<br/>Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro<br/>CEP: 65000-000 - São Luís - MA</p> <p>LEI Nº 7.116 DE 28/06/1983</p> |  |                              |                                    |



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

**Vítima:** PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

**CPF:** 934.088.202-44

**Data do acidente:** 13/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO SERGIO DUARTE  
DO REGO

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190658878      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO SERGIO DUARTE DO REGO      **Data do acidente:** 13/09/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1/3 DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG 4 6 7 8

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%            | R\$ 2.362,50                 |
| <b>Total</b>  |   |   | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190658878      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO SERGIO DUARTE DO REGO      **Data do acidente:** 13/09/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 11/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1/3 DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG 4 6 7 8

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%            | R\$ 2.362,50                 |
| <b>Total</b>  |   |   | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

Número do Sinistro: 3190658878

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

CPF: 934.088.202-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: PAULO SERGIO DUARTE  
DO REGO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

---

RAIMUNDO NONATO SILVA

---

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

**Vítima:** PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

**CPF:** 934.088.202-44

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/09/2019

**Titular do CPF:** PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

### PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416963/19

Número do Sinistro: 3190658878

Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

CPF: 934.088.202-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: PAULO SERGIO DUARTE  
DO REGO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**PAULO SERGIO DUARTE DO REGO : 934.088.202-44**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190658878**

**Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

**Data do Acidente: 13/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

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

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

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190658878**

**Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

**Data do Acidente: 13/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

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

**Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

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](http://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, 05 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190658878**

**Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

**Data do Acidente: 13/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

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

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

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 319065887

## Vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

**Data do Acidente: 13/09/2019**

## **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PAULO SERGIO DUARTE DO REGO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

R\$ 2.362,50

Recebedor: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002897

Conta: 0000042961-4

**Tipos:** CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

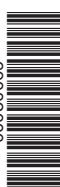
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

934.088.202-44

4 - Nome completo da vítima:

Paulo Sergio Duarte do Reso

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

5 - Nome completo:

Paulo Sergio Duarte do Reso

6 - CPF:

934.088.202-44

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Rua Belarmino Fernandes m/1967

9 - Número:

1967

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

TANCREDO NEVES

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69313-485

15 - E-mail:

monicosilva638@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(35) 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0889

CONTA: 00042961 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

pais/avós vivos?

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

Indicar qual beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon. Vista 13/11/19

Paulo Sergio Duarte do Reso

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nowato Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3190658078** 3 - CPF da vítima: **934.088.202-44** 4 - Nome completo da vítima: **Paulo Sergio Duarte do Reso**

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **Paulo Sergio Duarte do Reso** 6 - CPF: **934.088.202-44**  
 7 - Profissão: **Recepcionista** 8 - Endereço: **Rua Belarmino Fernandes 1967** 9 - Número: **1967** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **Tancredo Neves** 12 - Cidade: **Bon Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69313-485**  
 15 - E-mail: **montosilva638@gmail.com** 16 - Tel (DDD): **(55) 991144021**

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:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO 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        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0897** CONTA: **00042961** (4)  CONTA: **00042961** (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (em 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 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Bon Vista 13/11/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Paulo Sergio Duarte do Reso**

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Naimundo NOVATO SILVA**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190 658 878

3 - CPF da vítima:

934.088.202-44

4 - Nome completo da vítima:

Paulo Sergio Duarte do Rego

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

5 - Nome completo:

Paulo Sergio Duarte do Rego

6 - CPF:

934.088.202-44

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Rua Belarmino Fernandes

9 - Número:

1962

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Tancredo Neves

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

09313-485

15 - E-mail:

monatoSilva638@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(195) 991144021

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)     Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)     Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: (89)

CONTA: (00042961) 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(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 as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

(legível da vítima):

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nasceu (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 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

Declaro que  
não sou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ 06/11/19

Paulo Sergio Duarte do Rego

Palimundo Novato Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031693/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/09/2019 13:02 Data/Hora Fim: 20/09/2019 13:20

Origem: Polícia Judiciária Data: 20/09/2019

Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 13/09/2019 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Tancredo Neves

Logradouro: Francisco custódio de Andrade

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:PA - Santarém Sexo: Masculino Nasc: 05/11/1982

Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca Duarte do Rego

Nome do Pai: Istelito Pinto do Rego

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 934.088.202-44

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Berlaminho Fernandes Magalhães

Nº: 1967

Complemento: Apartamento 02

Bairro: Tancredo Neves

Telefone: (95) 99152-4369 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|   |  |
|---|--|
| Grupo Veículo                           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta                                  |
| CPF/CNPJ do Proprietário 225.671.862-04 | Placa NAR1373  |
| Renavam 01113811398                     | Número do Motor G3C5E-056131                                   |
| Número do Chassi 9C6DG2510H0045620      | Ano/Modelo Fabricação 2017/2017                                |
| Cor CINZA                               | UF Veículo Roraima   |
| Município Veículo Boa Vista             | Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED                          |
| Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED         | Veículo Adulterado? Não  |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Meio Empregado  |
| Última Atualização Denatran 31/03/2017  | Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA |

Nome Envolvido

Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031693/2019

| Nome Envolvido              | Envolvimentos |
|-----------------------------|---------------|
| Paulo Sergio Duarte do Rego | Possuidor     |

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 05518379070), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também já descrita acima e que está em nome de CHARLES JAMES ARAUJO SALES. Que (02) dois cachorros da raça Pit Bull, saíram da casa de número 1625, para atacar um casal que passava na rua, inclusive com à mulher grávida. Que colidiu em (01) um dos cachorros e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. Que entrou com o morador da casa e proprietário dos cachorros para fazerem acordo sobre os danos ocasionados, sendo que o mesmo mandou o comunicante procurar seus direitos e que não iria pagar nada. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT E RESSARCIMENTO DOS DANOS. É o registro.

**ASSINATURAS**

DAT: 20/09/2019

|  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| Jefferson Inacio Araujo<br>Agente de Polícia<br>Matrícula 42000908<br>Responsável pelo Atendimento | AGENTE DE POLÍCIA<br>CONFERIDOR | Paulo Sergio Duarte do Rego<br>(Vítima / Comunicante / Envolvido) |
|--|---------------------------------|---|

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



# 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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO DUARTE DO REGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02897

CONTA: 000000042961-4

---

Nr. da Autenticação E8867446F5E3CB92