



CNPJ: 05.938.487/0001-25
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.095.156-4
RUA MELVIN JONES, 279 - SÃO PEDRO - CEP: 55.305-510



ATENDIMENTO
CAER
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 1182030

Junho/2016

Cliente:
ANTONIO PAULA DOS REIS

Endereço do Imóvel:
RUA VEGA, NÚM 06 - L 360 - CIDADE SATE
LITE BOA VISTA RR 69317-574

Inscrição
001.031.088.0360.000

Rota
17

Seq.Rota
3700

Economias
1

Hidrometro
NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
FACTIVEL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201605 10-0
201604 10-0
201603 10-0
201602 10-0
201601 10-0
201512 10-0

MEDIA 10

Informações dos registros baseados na Rota de Distribuição					
DE: 01/01/2016 até 31/05/2016					
PERÍODO	10-0	10-0	10-0	10-0	10-0
10-0	100	100	100	100	100
10-0	100	100	100	100	100
10-0	100	100	100	100	100
10-0	100	100	100	100	100
10-0	100	100	100	100	100

DESCRICAÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3

18,50

MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2016

0,93

JUROS DE MORA 02/2016

0,46

DOCUMENTO:

15/07/2016

TOTAL A PAGAR

19,89

25 OUT. 2019



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.002-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de empresa autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 003319917

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

CONTÁBIL	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês de 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/19	158	CONSUMO	196 A R\$ 0,764602 = 149,86
MAI/19	100	ILUMINACAO PUBLICA	42,55
ABR/19	178		
MAR/19	263		
FEV/19	237		
JAN/19	231		
DEZ/18	209		
NOV/18	370		
OUT/18	345		
SET/18	246		

TAB. 1000
0 A 196 - 0,834620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/08/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar suspensão e inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem parcelas vencidas e não reavizadas, no valor de R\$ 212,94 (trair historico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD08.D66A.9E73.38C8.004F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,51	Base de Cálculo	149,86
Energia	81,64	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	25,47
Encargos	4,24	Valor do PIS	0,00
Tributos	25,47	Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
8,80 16,00 1,55

FLORÉSTA

ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019

32,81



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.002-3

SEU CÓDIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

192,41

MÊS FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

11/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003319917

FCAM

83600000001 7 92410075000 0 00000000108 1 91530719008 1



25 OUT. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Illex Inacio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051-532 / 04

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

Antonio Paulo dos Reis

inscrito (a) no CPF sob o Nº 856.085.482 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária

da Vítima Antonio Paulo dos Reis

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 856.085.482 / 72

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____

Renda: _____

☒ Recuso informar

e apresento os documentos comprobatórios:

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: Rua: Antonio Pinheiro Galvão

Bairro: Buxito

Cidade: Boa Vista

Número: 3832

Complemento: _____

E-mail: Illexr@hotmail.com

Estado: RR

CEP: 69.309-209

Tel.(DDD): (95) 9954-4282

Local e Data: Boa Vista - RR, 25/10/19.

Assinatura do Declarante

10/02/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

União



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

1901070752 10/02/2019 02:41:31 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 7

Paciente: ANTONIO PAULA DOS REIS Data Nascimento: 10/06/1982 Idade: 36 A 8 M 0 D CNS: 898003902439418 CPF: 85608548272 Prontuário: 85608548272
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP-RR Data Emissão: 22/02/2013 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: SOLTEIRO(A) PARDAS Nacionalidade: BRASILEIRA
Mão: Mãe: MARIA FRANCISCA PAULA Pai: CICERO ALVES DOS REIS Contato: (95) 99114-3748
Endereço: RUA - VEGA - 360 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação: PEDREIRO

Class. de Risco: VERMELHA Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: ☐
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: WALDEMAR.STOCKER

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

Anamnese de Enfermagem

GSC: AO: 12/04 RV: 12/05 MRV: 12/06 TOTAL: 10

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)

Paciente desconforto, incontinência urinária e motricidade
Agiado, ter tido o resquecimento, e perder
urina e cor de urina.

Exame Físico

REG, não-rote CHAMADO, Marcha e apertado exame
e mms e uia

Hipótese Diagnóstica

TCE

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Paracetamol 1g PO 02:53
2) Haloperidol 5mg PO
3) Dipirona 1g PO
4) Hidrocortisona 300mg IV 03:50
5) AVO
6) SG 5% 500ml (EU) 03:50
7) Fentanyl 1ml + SG 5% 9ml, fazer Sm. 03:50
8) Prometazina 1mg (10)



Conduta

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

☐ Ambulatório
☒ Observação (Até 24h)
☒ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

25 OUT. 2019

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: waldemar.stocker
Data Hora: 10/02/2019 02:43:53

Henocurpin

Paulo Henrique Hass Filho

Médico

CRM-RR 2068



© 2019
SUS - Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

TCE / Sus! concorda com a
sua avaliação neurológica na
TAZ sua conduta neurológica

MARIQUEL SANTANA
Médico
CRM-RR 343

Primo Amado

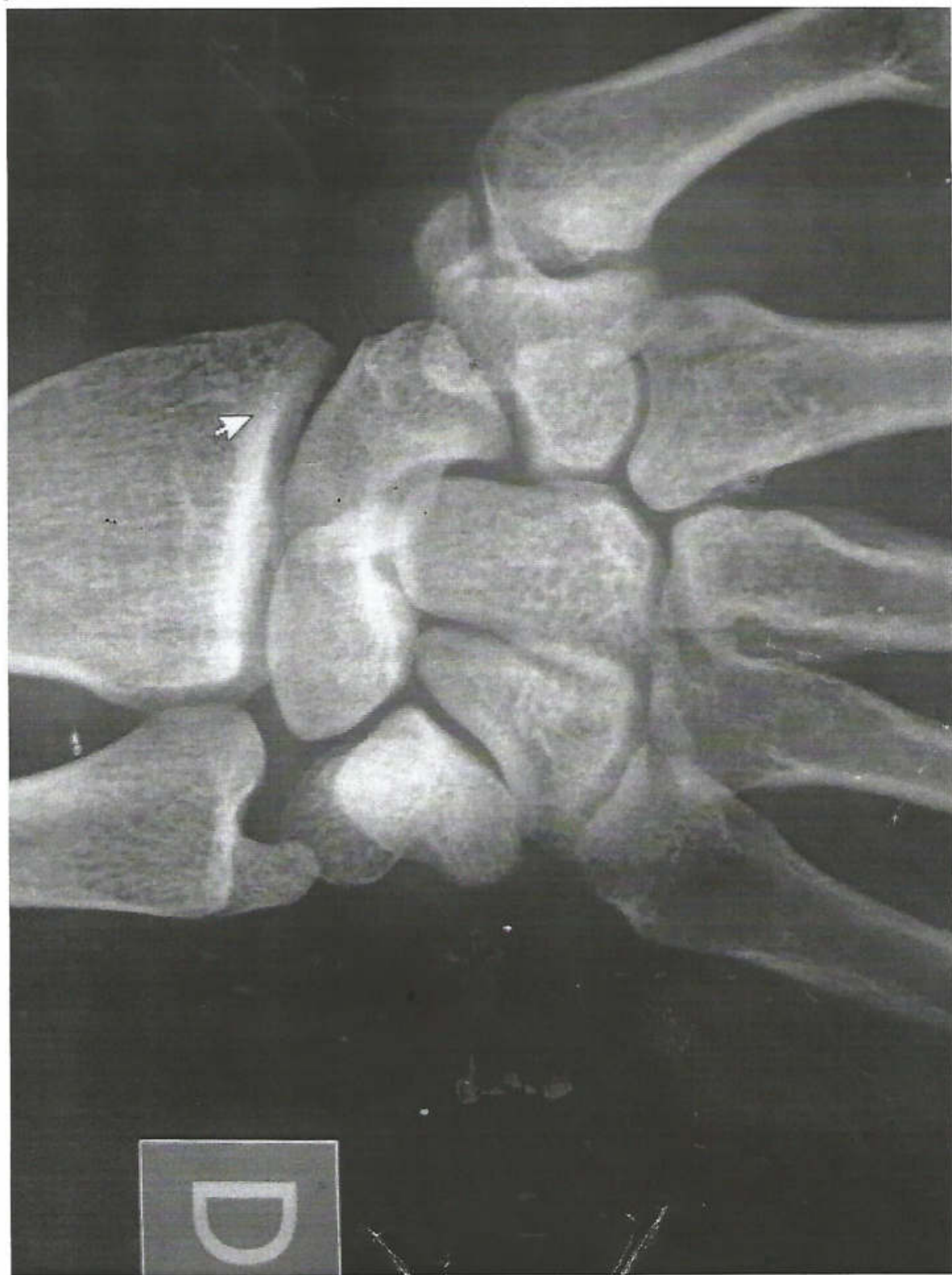
Aperto Abreir na Pile

~~com~~ Futura Associado, ~~com~~ ~~com~~ ~~com~~
NA MAO DIREITA

Daniel Carvalho
Cirurgião Dentista Especialista em Odontologia Facial
CRO-RJ 223



25 OUT. 2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **ANTONIO PAULA DOS REIS** retifica-se por **ANTONIO PAULO DOS REIS**, RG 265729 SSP/RR, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA), no dia 10/02/2019 às 02:41H, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO**, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1901070752.



Boa Vista-RR, 22 de Fevereiro de 2019.

25 OUT. 2019

25 OUT. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / CAR. PERSONAL 114907 SSP RR
	CNPJ 383.051.512-04
DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
PERMISSÃO C	ACC AB
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020
1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
	
JUSCELINO KUDISOUX PERALTA DIRETOR PRESIDENTE	
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN - RR - BOA VISTA	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605918 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PAULA DOS REIS **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605918 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PAULA DOS REIS **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Antonio Paula dos Reis
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Agricultor
IDENTIDADE:	265729 SSP/RK
ENDEREÇO:	Rua: Veloz n° 906 cidade Satelite

25 OUT. 2019

OUTORGADO

NOME:	Iliar Imacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RK
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Galvão n° 1832 Curitiba.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 30 / 02 / 2019, cobertura Invalidiz, vítima: Antonio Paula dos Reis

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

Boa Vista - RR, 07/10/19.

LOCAL E DATA



Antonio Paula dos Reis

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO LOUREIRO	DR. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR
REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)	
REC 07/10/2019 - ANTONIO PAULA DOS REIS	
A.J. Em testemunho da verdade Boa Vista, 07/10/2019	
Emol. 2,45, FUNDEJURA 0,25, FISC 0,10, FEECON 0,10, ISS 0,10, Vlr. Selo 1,51	
Selo: RECFIR1583458MSS6UKRD2L8LS26 N° Ticket: 00313	
Consulte seu selo: https://cidadeao.portalselorr.com.br	
CPF Solicitante: 85608548272	

Dr. Edil Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374664/19

Vítima: ANTONIO PAULA DOS REIS

CPF: 856.085.482-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2019

Titular do CPF: ANTONIO PAULA DOS REIS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ANTONIO PAULA DOS REIS : 856.085.482-72

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: 25/10/2019
Nome: ANTONIO PAULA DOS REIS
CPF: 856.085.482-72

ANTONIO PAULA DOS REIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605918

Vítima: ANTONIO PAULA DOS REIS

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO PAULA DOS REIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605918

Vítima: ANTONIO PAULA DOS REIS

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO PAULA DOS REIS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/02/2019, emitido pelo Dr. PAULO HENRIQUE HASS FILHO CRM nº 2068 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **856.085.482-42** 4 - Nome completo da vítima: **Antônio Paulo dos Reis**

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

5 - Nome completo: **Antônio Paulo dos Reis** 6 - CPF: **856.085.482-42**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Rua: Vega, L-360** 9 - Número: **88** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Cidade Satélite** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.357-574**
15 - E-mail: **florvo@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **95199354-4282**

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:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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)
AGÊNCIA: **3024** CONTA: **43362** 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR, 19/10/19.**
X Antônio Paulo dos Reis
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19007306B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**

25 OUT. 2019



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por NILDO CAMPOS, matrícula 2153590, Policial Rodoviário Federal, em 13/02/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19007306B01 e o número de controle DCBBB8C949FC48DEED5EF973A61D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



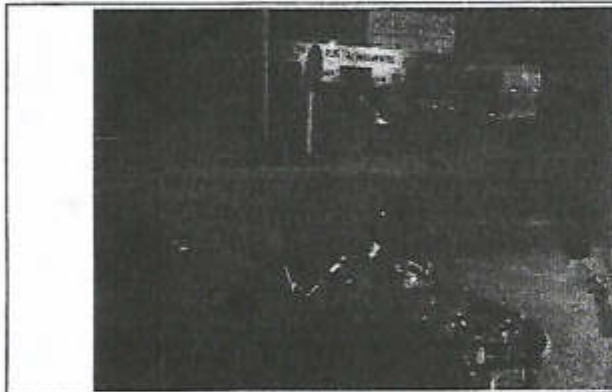
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19007306B01

Polícia Militar

10/02/2019 02:30

10/02/2019 02:31

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NAP5893 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NAP5893 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN ES
Ano fabricação: 2012 Chassi: 9C2JC4120CR553443
Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00456270094
Tipo de veículo: Motocicleta
Cor: Preta

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Outro
Informações complementares: Pátio credenciado da PRF-RR. Lock Park.

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



25 OUT. 2019



Documento assinado eletronicamente por MILDIO CAMPOS, matrícula 2153590, Policial Rodoviário Federal, em 13/02/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19007306B01 e o número de controle DCBB88C94F-C48DEEFD5EF973A61D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19007306B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 10/02/2019 Hora: 02:30 Município: BOA VISTA/RR
BR: 174 KM: 503,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: NILDO CAMPOS, 2153590

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Retã	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

25 OUT. 2019

No dia 10/02/19, por volta das 2:40 a equipe seguia pela Av. Venezuela sentido crescente, quando ao descer o viaduto que cruza a Av. Glaycon de Paiva avistou uma viatura do Corpo de Bombeiros parada na faixa de rolamento do sentido crescente. Ao chegar ao local, constatou que a equipe dos Bombeiros realizava atendimento a uma vítima de acidente de trânsito. Pela sítio do acidente, constatou-se que o condutor vinha em sentido decrescente da Av. Venezuela, saindo de pista e colidindo com o poste de placa informativa de direção da BR174. Não foram visualizadas marcas de frenagem nem derrapagem, apenas uma marca no poste que dá a entender que o veículo chocou com sua roda dianteira no poste mencionado. Após terminar o socorro e antes de iniciar o deslocamento para o Hospital Geral de Roraima, a equipe do corpo de bombeiros informou que o mesmo estava desacordado (logo havia a impossibilidade de realizar o teste de alcoolemia), mas estava estável e com os sinais vitais em perfeitas condições, apenas com uma suspeita de fratura. E que o mesmo seria conduzido ao Hospital Geral de Roraima. A equipe continuou no local para os procedimentos administrativos de recolhimento do veículo e registros fotográficos. Veículo foi recolhido ao pátio credenciado da PRF-RR sob o eDRV 35001902100250241, por ter se envolvido em acidente e não haver nenhum responsável e por estar com o licenciamento vencido desde 2016. No dia 12/02/19 foi consultado o veículo e constatado que o mesmo encontra-se com restrição de Roubo/Furto registrado no sistema do Getran-RR. Registro esse feito no dia 11/02/19 às 06:47.



Documento assinado eletronicamente por NILDO CAMPOS, matrícula 2153590, Policial Rodoviário Federal, em 13/02/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no 5º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19007306B01 e o número de controle DCBBB88C949FC46DEEFD5EF973A61D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19007306B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN ES

Placa: NAP5893

Nº BOAT: 19007306B01

Nome do Agente: NILDO CAMPOS

Matrícula do Agente: 2153590

Data: 10/02/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE

25 OUT. 2019



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por NILDO CAMPOS, matrícula 2153590, Policial Rodoviário Federal, em 13/02/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19007306B01 e o número de controle DCBBB8C949FC48DEEFD5EF973A61D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19007306B01

V1 - Proprietário

Nome: ANTONIO PAULA DOS REIS

Email:

Endereço: Rua Vega, Cidade Satélite, BOA VISTA-RR

CPF/CNPJ: 856.085.482-72

Telefone: 95 99136-3624

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANTONIO PAULA DOS REIS

V1C - Informações

Nome: ANTONIO PAULA DOS REIS

CPF: 856.085.482-72

Sexo: Masculino

Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 10/06/1982

Estado civil: Não Informado

Estado físico: Lesões Leves

Informações complementares: Não foi possível constatar o correto uso do capacete pelo acidentado devido ao chegar ao local, o mesmo já estava recebendo atendimento do corpo de bombeiros e já sem o capacete.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

UF:

Observações CNH:

Primeira habilitação:

Vencimento da habilitação:

Nº Registro:

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: Rua Vega, Cidade Satélite, BOA VISTA-RR

Telefone: 95 99136-3624

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Corpo de bombeiros

Informações complementares: VTR de placa: NAS-3603 Responsáveis: Sargento Boeri Soldado Souza Soldado Serrão.

25 OUT. 2019



Documento assinado eletronicamente por MILDO CAMPOS, matrícula 2153590, Policial Rodoviário Federal, em 13/02/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19007306B01 e o número de controle DCBBB8C949FC48DEEFD5EF973A61D.

191

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: 856.085.482-42 4 - Nome completo da vítima: Antônio Paulo dos Reis

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

5 - Nome completo: Antônio Paulo dos Reis 6 - CPF: 856.085.482-42
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua: Vega, L-360 9 - Número: 88 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.357-574
15 - E-mail: gloriova@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 9999354-4282

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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: 3024 CONTA: 43362 1
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/10/19.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)