

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: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000014811-0

Nr. da Autenticação 7A8C9D6A3BEF7F3A

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Gueiros, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela RFB/2012/300/12

Nº da Nota Fiscal 4013896

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 70.438 de 30 de abril de 2002. FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOV 2019	01/12/2019	362	322,19

ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO CPF: 00068332793220
AV NAZARE FILGUEIRAS 1196 - DR. SILVIO BOTELHO
CEP: 69.314-550 - BOA VISTA

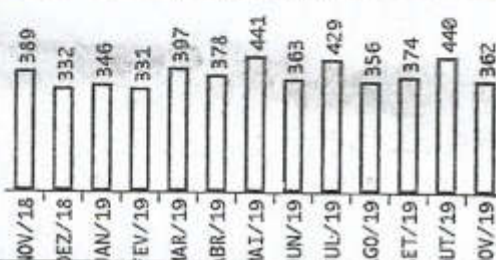
DADOS DA LEITURA (kWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 14953	Atual: 12/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1-1-1-1
Anterior: 14691	Anterior: 15/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Clas de consumo: 18	Próxima leitura: 7/12/2019	Ligação: FIBRO
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 11/11/2019	Número Medidor: 2724257
Consumo medido: 262	Apresentação: 12/11/2019	Forma de Faturamento: ICOPAL
Consumo Faturado: 362		Modalidade: M 1415174

CONSUMO	362 A R\$ 0,776365 =	281,04
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 09/19-00		0,03
MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00		0,95
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00		0,28
MULTA POR ATRASO 09/19-00		5,76
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00		2,59
ILUMINACAO PUBLICA		31,54

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 362 - 0,527936

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 382



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/11/2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavistadas no valor de R\$ 299,82 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mês Anl Valor R\$
ABR 2019 378,50

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESO. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007015120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO CSD8.EF48.EF7C.AD1E.CBSA.2723.92F6.7C44

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 17,00	Encargos: 0,24	Base de Cálculo: 261,04	ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Tributos: 0,00		PIS: 0,37%
			COFINS: 1,00%

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	OPC	FCR	DMC
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	0,00	0,00	0,00
Conjunta	DISTRITO	Período de apuração: 09/2019	SUBD: 122,70

ROT: 28.001.26.18.138100



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Gueiros, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0056130-4

TOTAL A PAGAR - R\$

322,19

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

01/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4013896

FCAM*

83600000003 1 22190075000 3 000000000056 2 130411190008 0



SEQ.: 0002 UC: 0056130-4 DT.LEIT.: 12/11/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 19053 NORMAL TOTAL: 322,19 CARGA: 006
DT.VENC.: 01/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4171

20 MAR. 2020

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4676378

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2020	24-JAN-20 a 21-FEB-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
170	11-MAR-20	R\$ 263,23

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2020	R\$ 263,23

836200000021.632300750007.000000001081.915302200059



20 MAR. 2020

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Daiv Smácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Ferreira de Souza Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 683.327.932 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Antônio Ferreira de S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 683.327.932 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>FLOIRRE@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 16/03/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

1901195370 06/12/2019 19:37:33 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 8

Paciente ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO Data Nascimento 23/02/1971 Idade 48 A 9 M 11 D CNS 707805609124616 CPF 68332793220 Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 2228242 M PARDAS BRASILEIRA

Mãe DOMINGAS ALVES Pai NI Contato (95) 36270-201

Endereço - AV NAZARE FILGUEIRAS - 1196 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES

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

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente vítima de acidente automobilístico

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Dione 15 (R)

2) Tilotil 40mg (R)

Dr. Paulo Viegas

Condição Geral

CRM-RR 1795

Condição

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudecl.rodrigues

Data Hora: 06/12/2019 19:40:38

20 MAR. 2020

Certifico e sou responsável por esta cópia e fiel reprodução que foi apresentada

1901195370

E. M.

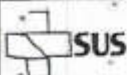
Pai et qui ont été faits en une
seule fois et de même genre
forme amant. en.

Pour faire les faits de l'œuvre
cette de l'œuvre.

CO. Intero.
Juste.
amant.

E. M.

20 MAR. 2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

GRANDE TRAUMA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176834

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70780560911246116

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/02/21

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Domingos Alves

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Nazare Filgueiras, 1196, M. Silvio Botelho

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura de fêmur proximal
com fratura de tíbia e costela
e fratura de costela de costela.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto. Cirúrgico

20 MAR. 2020

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + Exame Laboratório + Exame Rx + TC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura proximal de fêmur e fratura de tíbia e costela de costela

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. E. P. da Silva

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

6/12/14

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

R3

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APRESENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

07 FEV 2020
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital.

BPA

OK

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA
4425626 SSP RR

CPF
683.327.932-20

DATA NASCIMENTO
23/02/1971

FUNCAO
ANTONIO FERREIRA DE SOUZA
DOMINGAS ALVES DA COSTA SOUZA

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05583200253

VALIDADE
31/01/2022

1ª HABILITACAO
03/09/2012

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
31/01/2017

ASSINATURA DO ENSEADOR

91195586249
RR209140836

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1360603860

PROIBIDO PLASTIFICAR
1360603860

20 MAR. 2020

20 MAR. 2020

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **ILDIR INACIO DE SOUZA**

DOC. EMITENTE (1º ou 2º) **114807 SSP RJ**

CNP **383.061.512-04** DATA DO CANCELAMENTO **07/04/1978**

Função: **JOSE SOUZA DE ASSUNCAO**

Carteira Nacional de Habilitação **OLIVEIRA**

Forma: **PERMANENTE** ACC **AB** CATEGORIA **AB**

Nº Registro **01101912304** VALOR **28/01/2020** PRAZO **15/12/1999**

Assinatura do titular

LOCAL: **POA VISTA - ROFAIA** DATA DE EXPIRAÇÃO: **30/01/2025**

92485240616
R0207968020

51096

LASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.1,2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

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 OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO. P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.1,2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

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 OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Antonio Ferreira de Souza Filho
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Comerciante
IDENTIDADE:	4425626
ENDEREÇO:	AV: Nazare Filgueira 1196

OUTORGADO

NOME:	Ilair Lúcio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	444807
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1832

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: 06 / 12 / 2019, cobertura Incapacidade, vítima: Antonio Ferreira de Souza Filho.

Boa Vista 23-12-19.

LOCAL E DATA



Antonio Ferreira de S. Filho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



20 MAR. 2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094145/20

Vítima: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

CPF: 683.327.932-20

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

CPF de: Próprio

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 FERREIRA DE SOUZA FILHO : 683.327.932-20

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: 16/03/2020
Nome: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO
CPF: 683.327.932-20

ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118781

Vítima: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118781

Vítima: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000014811-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorne 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.

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: 683.327.932-20 4 - Nome completo da vítima: Antônio Ferreira de Souza Filho

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 Ferreira de Souza Filho 6 - CPF: 683.327.932-20
7 - Profissão: Inexistente 8 - Endereço: Av. Nazare Filgueiras 9 - Número: 1196 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Botelho 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: aliover@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 05128120-9538

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)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 34833

☐ 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 (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) ☐ Divorçado ☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR, 23/12/2019

Antônio Ferreira de S. Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006064/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/02/2020 10:48 Data/Hora Fim: 10/02/2020 12:16
Origem: Data: 10/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/12/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Pricumã
Logradouro: RUA PROF. ALMIR NOGUEIRA GUERRA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 23/02/1971 Idade: 48 anos
Naturalidade: MA - Vitorino Freire Profissão: Conferente Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: DOMINGAS ALVES DA COSTA SOUZA Nome do Pai: ANTONIO FERREIRA DE SOUZA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 683.327.932-20
RG - Carteira de Identidade: 4425626

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: NAZARE FILGUEIRAS Nº: 1196
Bairro: SILVIO BOTELHO CEP: 69.314-550
Telefone: (95) 99131-0323 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 709.686.034-75	Placa NAT5385
Renavam 00919945570	Número do Motor JA04E27072392
Número do Chassi 9C2JA04207R072392	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

20 MAR. 2020



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006064/2020

Última Atualização Denatran 13/03/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUA NA DATA E HORA SUPRACITADOS A VITIMA IA CONDUZINDO A MOTO A PLACA NAT5385 NA RUA PROF ALMIR NOGUEIRA GUERRA, QUANDO PASSOU POR CIMA DE UM BURACO, DESEQUILIBROU CAINDO SOBRE O QUEBRAMOLAS; QUE NO ACIDENTE FRATUROU O OMBRO E O COTOVELO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS


Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento




ANTONIO FERREIRA DE SOUZA FILHO
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

20 MAR. 2020

