



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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670369

Vítima: MARCIO PIRES PEREIRA

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO PIRES PEREIRA

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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARCIO PIRES PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 0000068435-X

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00463/00464 - carta\_15R - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZDT MBCMT 9R82M CBSBD

## PROCURAÇÃO

Eu, Márcio Pires Pereira, brasileiro (a), solteiro, agricultor, portador (a) da cédula de identidade RG nº 3346552, inscrito (a) no CPF sob o nº 009.074.412-89, residente e domiciliado (a) na Rua das Margaridas, nº 181, Bairro Jardim P., CEP 69.314-194, telefone nº 99418-5016 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 23 de junho de 2020.

x Márcio Pires Pereira  
OUTORGANTE.



**MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO**

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

PIS/PASEP  
**204.49734.10-7**

NÚMERO  
**5280501**

SÉRIE  
**0030**

CFR  
**RR**

*Marcio Pires Pereira*  
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**MÁRCIO PIRES PEREIRA**

FILIAÇÃO.....: PAULO CEZAR PEREIRA  
MARIA ROSA PIRES

NASCIMENTO.....: 11/07/1990

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 3346552 SESP RR 27/07/2005

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 009.074.412-89

TIT. ELEITOR: 003930272607

SEXO: MASCULINO


CNH.....:

SEÇÃO: 247

ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 01/09/2010

ASSINATURA DO EMISSOR







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

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 040720/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 08:11 Data/Hora Fim: 19/11/2019 08:34

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

**DADOS DA Ocorrência**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/08/2019 19:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: BR - 432, KM 90

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: MÁRCIO PIRES PEREIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 11/07/1990  
Profissão: Agricultor  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Rosa Pires

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.074.412-89

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA DAS MARGARIDAS  
Bairro: JARDIM PRIMAVERA  
Telefone: (95) 99148-5016 (Celular)

Nº: 181

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 323.237.272-49	<b>Placa</b> NAK7119
<b>Renavam</b> 00728134918	<b>Número do Motor</b> HA07E-Y011628
<b>Número do Chassi</b> 9C2HA0700YR011628	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2000/1999
<b>Cor</b> AZUL	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/C100 BIZ
<b>Modelo</b> HONDA/C100 BIZ	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 18/10/2019	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Márcio Pires Pereira	Possuidor



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**


Nº: 040720/2019

**RELATO/HISTÓRICO**

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA PELA BR - 432, SENTIDO > BOA VISTA, QUANDO NA ALTURA DO KM 90, NAS PRÓXIMIDADES DO LOTE DE SEU PAI, UM VEÍCULO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR, QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, INVADIU A VIA DO LADO QUE O COMUNICANTE TRANSITAVA, PROVOCANDO A COLISÃO QUE VEIO A LESIONÁ-LO. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE RORAINÓPOLIS POR TERCEIROS E POSTERIORMENTE PARA BOA VISTA DE AMBULÂNCIA. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO COTOVELO DO BRAÇO DIREITO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

**ASSINATURAS**

  
Volney Amajari Grangeiro Das Neves  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000169  
Responsável pelo Atendimento

  
Márcio Pires Pereira  
(Vítima / Comunicante)

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

**DAT**

  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR



08/2019

...: Guia de Atendimento 1 / ...

<b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b> Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação <b>LARANJA</b>		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.:		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		DIURNO 07-19 85	
<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b> CLINICA MEDICA											
901150207		18/08/2019 13:28:54		Data Nascimento <b>11/07/1990</b>		Idade <b>29 A 1 M 7 D</b>		CNS		CPF	
Paciente <b>MARCIO PIRES PEREIRA</b>		Documento		Sexo <b>M</b>		Estado Civil		Raça/Cor <b>PARDA</b>		Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Mãe <b>MARIA ROSA PIRES</b>		Endereço <b>RUA - DELMAN VERAS - 03 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR</b>		Pai <b>NI</b>		Contato		Ocupação		Sis Prenatal	
Class. de Risco <b>LARANJA</b>		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Peso	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>		Profissional do Atend.		Procedência		Temp. <b>36.50</b>		Pressão <b>130 x 80</b>	
Setor <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>		Tipo de Chegada <b>AMBULANCIA (HOSPITAL)</b>		Procedimento Sol.		Registrado por: <b>MARIZETE.MALAUQUIAS</b>					
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue											
<b>Queixa Principal</b> <b>AÇIDENTE DE MOTO MSD, ENCAMINHADO RORAINÓPOLIS</b>											
<b>Anamnese de Enfermagem</b> <b>NEGA ALERGIA+DM+HAS</b>										<b>GSC</b> AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	
<b>Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)</b> <i>Paciente veio encaminhado de Rorainópolis/RR com história de acidente motociclístico há 19h (ontem a noite) c/ trauma contuso em MSD e MID. Traz Rx de braço e antebraço + mãos (D) c/ evidência de fx em rádio e ulna proximal e de falange de 4º dedo (D) + fx de cabeça distal de ulna (D). BEG, LOTE, acamado, eupneico, hidratado. Trauma contuso em MSD e MID. c/ múltiplas fx em MSD.</i>											
<b>Exame Físico</b>											
<b>Hipótese Diagnóstica</b>											
<b>SADT - Exames Complementares</b> <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
<b>PRESCRIÇÃO</b> <i>① Solicito Avaliação da Ortopedia.</i> <i>② Clonazepam 600 mg (E) 7j.</i> <i>③ Gabapentina 240 mg (E) 7j.</i> <i>④ Cinto cingido.</i>											
<b>Conduta</b> <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : : <b>óbito</b> Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Destino:</b> <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : : <b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b> <b>Assinatura do Médico</b> <b>Assinatura do Médico</b>											
<b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b> Impresso por: Isabel Data Hora: 18/08/2019 13:37:53											
<b>Assinatura do Médico</b> Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6E3 DPWKC VMHR2 5V9MA											

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6E3 DPWKC VMHR2 5V9MA





# BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18.08.14

O.S. \_\_\_\_\_

Wallyson Barbosa Moura

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

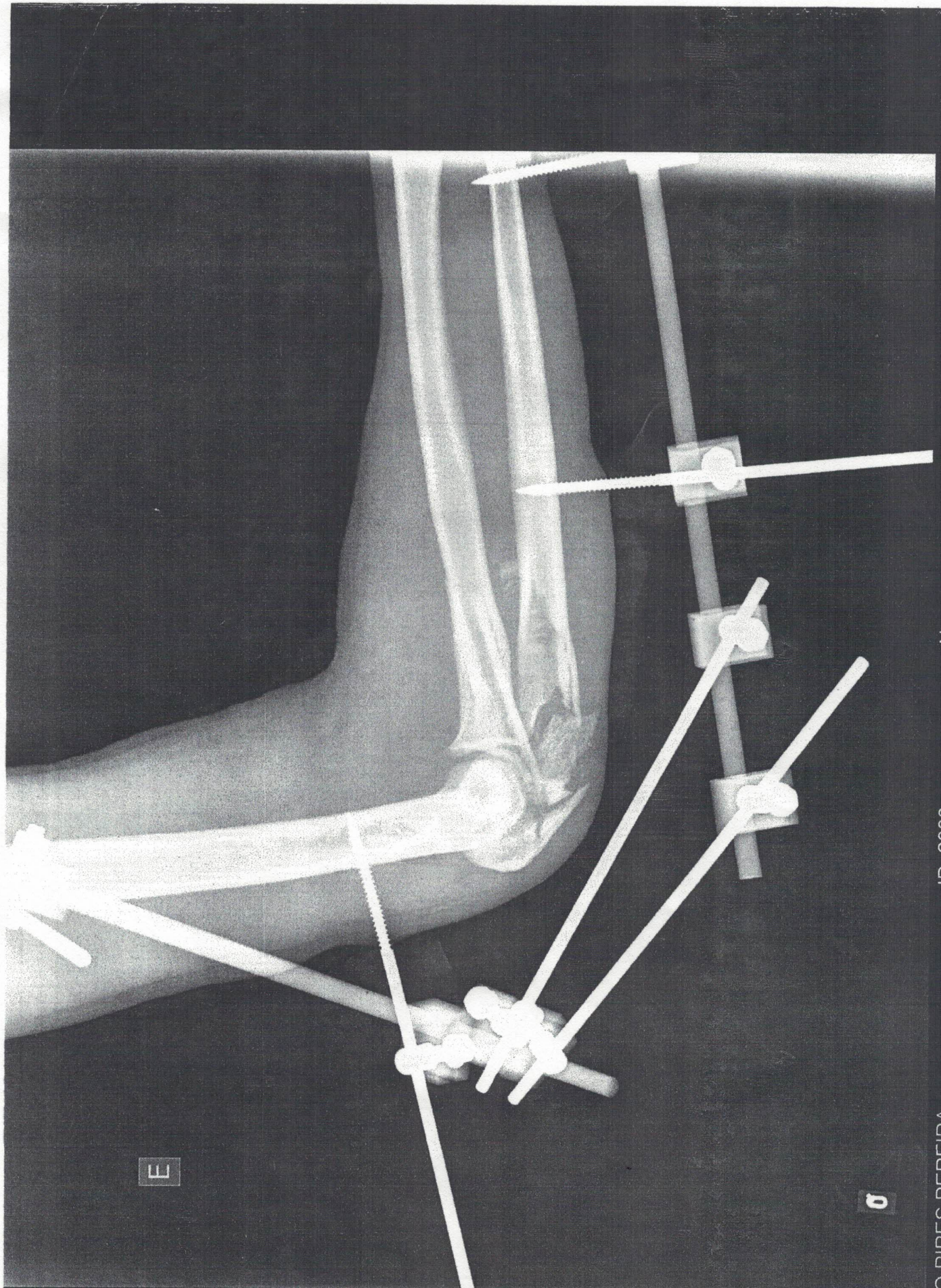
DURAÇÃO:

Dr. Elcio Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Fez D.D.H. sob plano anteroposterior
- 2) amputação + ant. superior + colocação de campos esterilizados
- 3) Incisão encavetada de foco fraturado cotovelo direito após amputação de dedo
- 4) colocação de fixador transarticular de cotovelo em um único foco medial e posterior e ref. face lateral do cotovelo
- 5) curativo
- 6) fecho





MARCIO PIRES PEREIRA  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 2088

Data: 23/08/2019

Nr:

Tec:

54,1 %







Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0001420-6

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003861931  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	26/11/2019	493	374,75

MARIA ROSA PIRES

CPF: 00032323727249

R. DAS MARGARIDAS 181 JARDIM PRIMAVERA

CEP: 69.314-194 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 69334	Atual: 18/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 68841	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESID. Bx. RENDA
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 4602475
Consumo medido: 493	Apresentação: 18/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 493	R: 11.001.19.03.000100	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 =	7,86	
	70 A R\$ 0,449385 =	31,45	
	120 A R\$ 0,674084 =	80,89	
	273 A R\$ 0,748975 =	204,47	
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA -	52,27		
RELIÇÃO		7,86	
CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X)		0,06	
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00		0,30	
MULTA POR ATRASO DE IL (2X)		0,48	
JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)		0,49	
MULTA POR ATRASO (2X)		7,92	
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)		3,58	
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		27,39	

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0.217580	
31 A 100 - 0.372990	
101 A 220 - 0.559490	
221 A 493 - 0.621650	
Média 12 meses: 349	

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

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

Parabéns! Até o dia 17/10/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO				8450.8336.075A.767B.A75D.5D44.4D0B.99DC				FCIM						
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$										
				Base de Cálculo:		ALÍQUOTA		VALOR						
Energia:	176,88	Encargos:	9,18	324,67		ICMS:	17,00%	55,19		55,19				
Distribuição:	83,42	Tributos:	55,19			PIS:	0,00000%	0,00		0,00				
Transmissão:	0,00					COFINS:	0,00000%	0,00		0,00				
INDICADORES DE CONTINUIDADE														
		DIC				FIC				DMIC		DICRI		
		Mensal	Trimestral	Anual			Mensal	Trimestral	Anual			Mensal	Mensal	
Limite														
Realizado	9,24	18,49	36,99			8,46	16,92	33,84			4,99			
Conjunto	0,00					0,00					0,15			
		FLORESTA				Período de apuração:		03/01/2023		EUSU:		01/01/2023		



**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS**

Eu, Márcio Pires Pereira, brasileiro  
(a) solteiro, agricultor, portador (a) do RG nº  
3346552, inscrito (a) no CPF sob o nº 069.074.40-89, residente e  
domiciliado (a) na rua das margaridas nº 181, Bairro  
S. Primavera, Boa Vista-RR, CEP 69.314-194, telefone  
nº (95) 99148-5016, DECLARA não ter condições de arcar com  
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo  
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.  
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na  
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 23 de Janino de 2020.

x Márcio Pires Pereira  
**DECLARANTE**





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN-RR		Nº 013833281978		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	01	000728134918	REN/AV	000728134918	EXERCÍCIO	2019	
NOME		NOME		NOME		NOME	
CPF/CNPJ		CPF/CNPJ		CPF/CNPJ		CPF/CNPJ	
PLACA ANT/UF		PLACA		PLACA		PLACA	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL		COMBUSTIVEL		COMBUSTIVEL	
MARCA/MODELO		MARCA/MODELO		MARCA/MODELO		MARCA/MODELO	
ANO FAB.		ANO MOD.		ANO FAB.		ANO MOD.	
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
CAP/POT/OIL		CAP/POT/OIL		CAP/POT/OIL		CAP/POT/OIL	
COTA UNICA		COTA UNICA		COTA UNICA		COTA UNICA	
FAIXA IPVA		FAIXA IPVA		FAIXA IPVA		FAIXA IPVA	
PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
IOF (R\$)		IOF (R\$)		IOF (R\$)		IOF (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A		SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A		SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A		SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A	
DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA		DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA		DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA		DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA	
LOCAL		LOCAL		LOCAL		LOCAL	
DATA		DATA		DATA		DATA	
Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura		Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura		Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura		Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura	
Detran-RR		Detran-RR		Detran-RR		Detran-RR	

SECURADORA LIDER - DPVAT		CNPJ 09.248.608/0001-04		013833281978		5284341670	
RR Nº 013833281978		BILHETE DE SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT		PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO		PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO		PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br		www.seguradoralider.com.br		www.seguradoralider.com.br		www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204		SAC DPVAT 0800 022 1204		SAC DPVAT 0800 022 1204		SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO		EXERCÍCIO		EXERCÍCIO		EXERCÍCIO	
DATA EMISSÃO		DATA EMISSÃO		DATA EMISSÃO		DATA EMISSÃO	
VIA		VIA		VIA		VIA	
REN/AV		REN/AV		REN/AV		REN/AV	
MARCA/MODELO		MARCA/MODELO		MARCA/MODELO		MARCA/MODELO	
ANO FAB.		ANO MOD.		ANO FAB.		ANO MOD.	
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
CAP/POT/OIL		CAP/POT/OIL		CAP/POT/OIL		CAP/POT/OIL	
COTA UNICA		COTA UNICA		COTA UNICA		COTA UNICA	
FAIXA IPVA		FAIXA IPVA		FAIXA IPVA		FAIXA IPVA	
PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS		PARCELAMENTO/COTAS	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
IOF (R\$)		IOF (R\$)		IOF (R\$)		IOF (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A		SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A		SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A		SEM RESERVA DE DOMINIO N PROCL SAIR DA A	
DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA		DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA		DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA		DATA DE VALIDACAO PARA TRANSFERENCIA	
LOCAL		LOCAL		LOCAL		LOCAL	
DATA		DATA		DATA		DATA	
Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura		Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura		Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura		Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura	
Detran-RR		Detran-RR		Detran-RR		Detran-RR	