

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA
CAVALCANTE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE : 199.696.512-34

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: 01/10/2020
Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 199.696.512-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200352743 Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Data do Acidente: 03/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200352743 Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Data do Acidente: 03/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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:

133.636.532-34

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO ROCHA CAVALLETTI

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

5 - Nome completo:

ANTONIO ROCHA CAVALLETTI

7 - Profissão:

EMPRESARIO

8 - Endereço:

AV. MANOEL VIEIRA 9012A

6 - CPF:

133.636.532-34

11 - Bairro:

ASA GRANDE

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

406

10 - Complemento:

15 - E-mail:

ANTONIOROCHAARL@HOTMAIL.COM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

63.312-235

16 - Tel.(DDD):

(351) 93320-1212

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)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA:

3408

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

20765

(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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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: WENDER DE MOURA OLIVEIRA

CPF: 012.812.233-04

Wender de Moura Oliveira

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: JANEIRO DE MOURA OLIVEIRA

CPF: 234.422.393-10

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 16 DE SETEMBRO 2020

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: 036885/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/10/2017 11:05
Origem: Polícia Judiciária Data: 03/10/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 04/10/2017 11:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/10/2017 06:40

Local do Fato

Município: Pacaraima
Logradouro: BR-174

Bairro: ÁREA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Moraujo

Nasc: 12/06/1975

Profissão: Empresário

Nome da Mãe: Maria Socorro Cavalcante

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA DOMINGOS MACIEL COSTA
Bairro: JARDIM FLORESTA
Telefone: (95) 99130-7220 (Celular)

Nº: 300-A

DAT

04 OUT. 2017

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Placa NAV7187	Número do Chassi 9BG148MK0JC409925
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017	Cor CINZA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A	Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Rocha Cavalcante	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante ANTONIO ROCHA CAVALCANTE, CNH 00853711026, trafegava pela BR-174, sentido Boa Vista/Pacaraima à 6km antes da ponte do URARICUERA, quando veio a colidir com um buraco vindo a estourar o pneu traseiro do lado direito e logo em seguida capotar descendo o aterro; Segundo o comunicante o mesmo levava muito gêneros alimentícios e cosméticos; Que seu veículo foi saqueado perdendo assim, toda a mercadoria. É o relato.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Antonio Rocha Cavalcante
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 Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

C. NICOLETTI/2218366

DATA/HORA:

03/10/2017 06:30

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

BOA VISTA/RR

BR:

174

KM:

577.0

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Simplex

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Não

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Não

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Não

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Rodovia 174 com vários buracos em toda sua extensão sentido Boa Vista/Pacaraima.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM ADICIONAL



Eventos Sucessivos

DINÂMICA

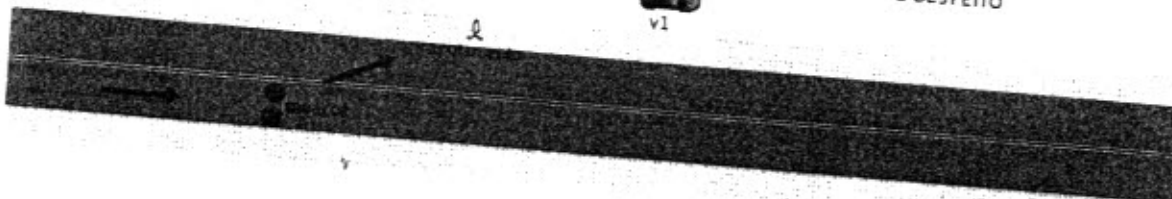
Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Capotamento	

Croqui



LOCAL TOTALMENTE DESFEITO

v1



BOA VISTA

PACARAIMA





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

Narrativa

Equipe PRF acionada pelo CIOP por volta das 0850h para atender ocorrência na BR 174, Km 577, sentido crescente. Ciop informou que o Sr. Antonio Rocha Cavalcante, CNH registro nr. 00853711026, condutor do veículo Chevrolet/S10, placa NAV 7187, cor cinza, estaria no Hospital Geral de Roraima em atendimento médico e solicitou comparecimento para averiguação. Equipe chegou ao hospital não localizando o condutor. Confirmado o atendimento médico através prontuário nr. 1700845784, de 03/10/17, 07:46:40h, Traumatologia do HGR. Equipe deslocou até o local do acidente onde encontrou o veículo envolvido já em cima de um guincho particular tendo como responsável pelo acompanhamento do veículo o Sr. Raoni Silva do Nascimento, CPF 001.646.922-40, contato 95-991347437. Foram realizadas as fotos do veículo e local do acidente, porém em virtude do desfazimento do mesmo não foi possível realizar os demais procedimentos. Segundo relatos do condutor seu veículo estourou o pneu quando passou por um buraco localizado na rodovia BR 174, Km 577, sentido crescente, vindo a perder o controle, sair da pista e capotar. Informou que populares o levaram para o HGR e que acionou um guincho particular para remover o veículo. Foi constatado que haviam vários buracos na pista de rolamento da rodovia onde aconteceu o acidente.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NAV7187	MARCA/MODELO: CHEVROLET/S10 LTZ DD4A	ANO FABRICAÇÃO: 2017
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhonete	
CHASSI: 9BG148MK0JC409925	RENAVAM: 01122754695	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Especial	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO HERIBERTO GUIMARAES	CPF/CNPJ: 234.422.393-20
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: AV PRES CASTELO BRANCO CASA 3	NÚMERO: 1149
COMPLEMENTO: CALUNGA	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: BOA VISTA/RR	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Outro
-------------------	----------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Condutor do veículo informou em sua declaração que chamou guincho particular para remover o veículo do local.

IMAGEM ADICIONAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218386

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NAV7187 / CHEVROLET/S10 LTZ DD4A		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE	CPF: 199.696.512-34	DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1975
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA SOCORRO CAVALCANTE	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA DONA COTA VIEIRA	NUMERO: 370
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: CAIMBE
MUNICÍPIO/UF: BOA VISTA/RR	
TELEFONE: 95-991307220	EMAIL: antoniorochaarc@hotmail.com

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 00853711026	UF: RR
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 21/09/1999	VALIDADE DA CNH: 15/07/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: Não	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor não foi encontrado no hospital e nem no local do acidente.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Outro
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: O condutor do veículo informou em sua declaração que foi socorrido por populares e levado ao HGR.	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8898E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 9



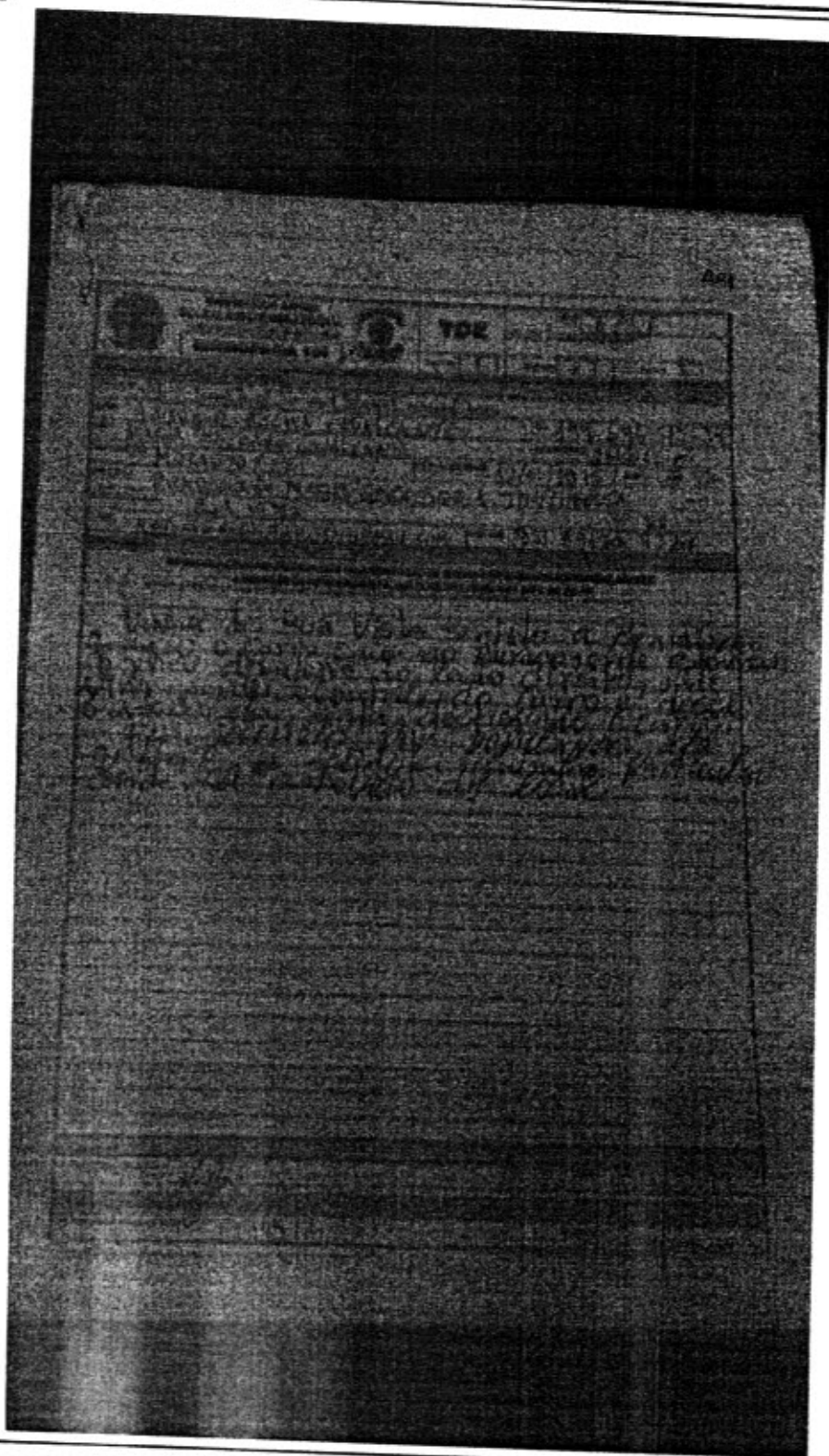
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA DECLARAÇÃO



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218386

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NAV7187 / CHEVROLET/S10 LTZ DD4A

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

C. NICOLETTI/2218366

NÚMERO DO BAT:

17077017B01

DATA/HORA:

03/10/2017 06:30

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M	X		

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

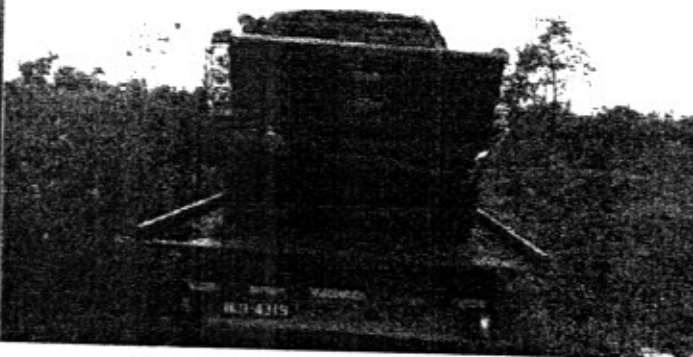


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

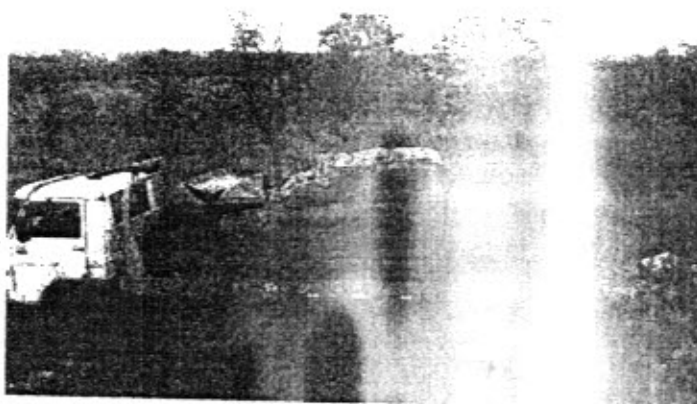
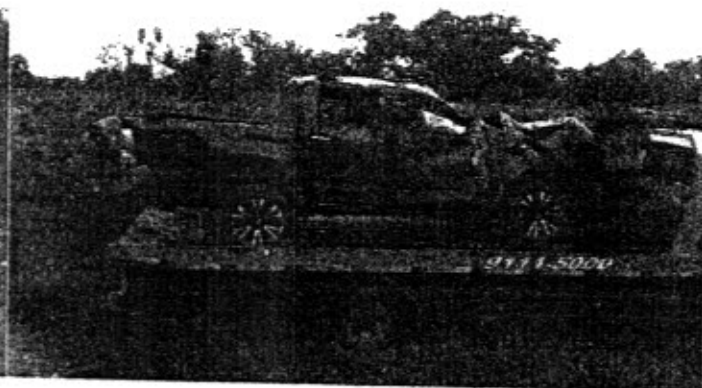


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



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:

133.636.532-34

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO ROCHA CAVALLETTI

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

5 - Nome completo:

ANTONIO ROCHA CAVALLETTI

7 - Profissão:

EMPRESARIO

8 - Endereço:

AV. MANOEL VIEIRA 9012A

6 - CPF:

133.636.532-34

11 - Bairro:

ASA GRANDE

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

406

10 - Complemento:

15 - E-mail:

ANTONIOROCHAARL@HOTMAIL.COM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

63.312-235

16 - Tel.(DDD):

(351) 93320-1212

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: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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: WENDELL DE MOURA OLIVEIRA

CPF: 012.812.233-04

Wendell de Moura Oliveira

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: JONAS DE SOUZA GONÇALVES

CPF: 234.422.393-10

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 16 DE SETEMBRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Cnta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com:

STAVANZ BORG FILIPELLEU

SEU CÓDIGO

0098632-1

Nº DA NOTA FISCAL 5886678 FCAM*

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\$)
AGOSTO/2020	11/09/2020	330	290,53

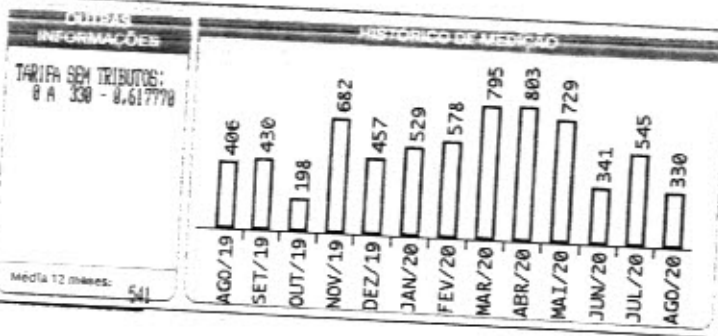
ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 00019969651234
R. MANOEL VICENTE SOUZA 406 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-295 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	25/08/2020	Anterior:	27/07/2020
Emissão:	24/08/2020	Apresentação:	25/08/2020
		Próxima leitura:	24/09/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	16TD002774	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)								
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	26316							
Leit. Anterior	25986							
Constante	1,000							
Residuo								
Medido	330							
Faturado:	330							

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	330 A R\$ 0,786015 =	259,38
ILUMINACAO PUBLICA		31,15



DIURNO 07-19 1



Dr. Nilo Brandão Neto
Ortopedia - Traumatologia
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823 / CRM/R 364

Antônio Rocha Cavalcanti

Paciente refere capotamento
de carro no Br 174, com
traumatismo torácico e
ombro E em 03/10/17,
com fratura grande tuberos
Sidade, ombro E, em via
consolidada. Em tratamento
to médico ortopedico
(evolucao 100% e 3 dias)

06/11/17

Consultório Ortopédico

3623-2034
Fone Res: (095) 3623-4548

NÃO TROQUE ESTE MEDICAMENTO

Ao retornar, traga esta Receita

NILO BRANDÃO NETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Membro Titular S.B.O.T.
C.P. 109.820/202-89

Receituário

NOME:

ANTONIO. NOGUEIRA

Uso Ocular

1) MAXIFLOR (CIPROFLOXACINA)

1 gota 4/4h em cada olho
por 10 dias

2) Compressa Gaze

Aplique sobre o pterígio 6/6h
4x10mm/cada, por 5 dias

Data:

31.10.17

Dr. Bruno Teixeira
Oftalmologista
CRM - RJ 8360

Assinatura e Carimbo



Dr. Nilo Brandão Neto
Ortopedia - Traumatologia
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823 / CRM/RR 364

Antônio Rocha Cavalcante

Paciente refere capotamento
de carro no Br 174, com
traumatismo torácico e
ombro E em 03/10/17,
com fratura grande tuberos
Sidade menor E, em via
consolidada. Em tratamento
to médico ortopédico.
(evoluções em 10 e 3 dias)

06/11/18

Consultório Ortopédico

3623-2036
Fone Res.: (095) 3623-4548

NÃO TROQUE ESTE MEDICAMENTO

Ao retornar, traga esta Receita

NILO BRANDÃO NETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Membro Titular S.B.O.T.
CP 189.820-202-89

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



1700845787	03/10/2017 07:46:40	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	1
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ANTONIO ROCHA CAVALCANTE	12/06/1975	42 A 3 M 21 D	700007750622807	19969651234	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
				M	SOLTEIRO(A)
					PARDA
Mãe	Pal			Naturalidade	
MARIA SOCORRO CAVALCANTE	NC			BOA VISTA - RR	
Endereço				Contato	
RUA - XVIII - 90 - CAMBARA - BOA VISTA - RR				(95) 99158-9828	
				Ocupação	
Class. de Risco	Plano 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
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER				KAROLINE.OLIVEIRA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPO TAMENTO DE CARRO). APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MS.				
Exame Físico	E LESÕES EM REGIÃO TEMPORAL (E).				
Hipótese Diagnóstica	POLITRAUMAS				
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-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:				
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
(C) DIPIRONA 2g (E) (C) TILATIL 100mg (E) SUTURA + CURATIVO		08:05h			
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: 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				
Impresso por: karoline.oliveira Data Hora: 03/10/2017 07:52:48	Dr. Adilson Leitel Médico CRM-RR 1779				
1700845787 03/10/2017 07:52:48					

1837001201

1837001201

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO



Nome
 ANTONIO ROCHA CAVALCANTE



Doc. expediente / Carteira Nacional
 131.450.828 / RJ

CNPJ
 139.698.512-34 DATA DE EMISSAO
 12/06/1978

Plano de
 JOSE CECILIO
 CAVALCANTE

MARIA RODRIGO
 CAVALCANTE

RG
 00853711026

VALIDADE
 08/07/2024

RENOVACAO
 21/09/1999

DATA DE EMISSAO
 10/07/2019

CPF
 63251461421

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

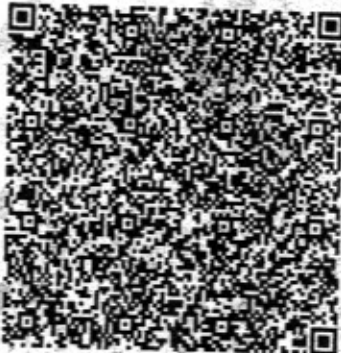
RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026

RG
 00853711026



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA
CAVALCANTE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE : 199.696.512-34

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: 01/10/2020
Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 199.696.512-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Número do Sinistro: 3200352743

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA
CAVALCANTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.