

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2923435520201130175302

Processo 0825392-62.2020.8.23.0010 - (59 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 7698 - Perdas e Danos

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Realçar Movimentos: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória </div>					
Filtros <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/> </div>					

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/> 14	30/11/2020 17:53:02	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		14.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2757974CONTESTACAO01.pdf Público
		14.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2757974CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
		14.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante) em 16/11/2020 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 11) PEDIDO NÃO CONCEDIDO (28/10/2020) e ao evento de expedição seq. 12.	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante com prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento (seq. 11) PEDIDO NÃO CONCEDIDO (28/10/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
<input type="checkbox"/> 11	28/10/2020 09:19:19	PEDIDO NÃO CONCEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
		CONCLUSOS PARA DESPACHO Responsável: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA	REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO Analista Judiciária
<input type="checkbox"/> 9	23/10/2020 10:57:35	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (02/10/2020)	WENDER DE MOURA OLIVEIRA Advogado
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante) em 13/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (02/10/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (02/10/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
7	02/10/2020 09:37:22		

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de 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 médica-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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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 médica-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

Pag. 01541/01542 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16276739

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLCJERWPUMHGYAQUVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

133.636.532-34

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO NOCHA CAVALCANTE

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 NOCHA CAVALCANTE

6 - CPF:

133.636.532-34

7 - Profissão:

EMPRESÁRIO

8 - Endereço:

AV. MANOEL VILLENTRE 5012A

9 - Número:

406

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AEF BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

63.352-235

15 - E-mail:

ANTONIO.NOCHAARL@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(361) 33370-3252

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3408

CONTA: 20765

3

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (valinascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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)

38 - 1º | Nome: WENDELA DE MORAES OLIVEIRA

CPF: 013.812.233-04

Wendela de Moraes Oliveira

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: FRANCISCO JOSÉ GOMES

CPF: 234.422.393-20

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data, 16 DE SETEMBRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036885/2017-A01

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

DADOS DO REGISTRO

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

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: Moraújo

Nasc: 12/06/1975

Profissão: Empresário

Nome da Mãe: Maria Socorro Cavalcante

DAT

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 300-A

04 OUT. 2017

Logradouro: RUA DOMINGOS MACIEL COSTA

Bairro: JARDIM FLORESTA

Telefone: (95) 99130-7220 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)	AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR
Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Placa: NAV7187	Número do Chassi: 9BG148MK0JC409925
Ano/Modelo Fabricação: 2018/2017	Cor: CINZA
UF: Roraima	Município: 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 cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 04/10/2017 11:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

		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		
ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO					
FASE DO DIA: Pleno dia	CONDICÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro				
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Simples	CONDICÃO DE PISTA: Seca			
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIARIA: Reta				
LOCALIDADE URBANIZADA: Não	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Não	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Não			
IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO CRESCENTE					
					
IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO DECRESCENTE					
					
IMAGEM DO LOCAL					
					
IMAGEM DESCRIPTIVA DO LOCAL					
					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE: Rodovia 174 com vários buracos em toda sua extensão sentido Boa Vista/Pacaraima.					



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

IMAGEM ADICIONAL

PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Capotamento	

DINÂMICA

Croqui

LOCAL TOTALMENTE DESFEITO

BOA VISTA

PACARAIMA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/> - Identificador: PJLCJERWPFUMHGYAQUVA

	MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		PROTOCOLO: 17077017B01
		STATUS: Encerrado	
Narrativa			
<p>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.</p>			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/> - Identificador: PJLCJERWPFULMHGYZAQUVA



		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	CHASSI: 9BG148MK0JC409925	TIPO DE VEÍCULO: Caminhonete			
ESPECIE: Especial	RENAVAM: 01122754695	PAÍS: BRASIL			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: CATEGORIA: Particular MANOERA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento					
NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO HERIBERTO GUIMARAES		CPF/CNPJ: 234.422.393-20			
Dados de Endereço					
LOGRADOURO: AV PRES CASTELO BRANCO CASA 3	COMPLEMENTO:	NUMERO: 1149			BAIRRO:
CALUNGA	MUNICÍPIO/UF:				
BOA VISTA/RR	TELEFONE:				EMAIL:
Dados da Carga					
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:					
Encaminhamento					
MOTIVO: Outros	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Condutor do veículo informou em sua declaração que chamou guincho particular para remover o veículo do local.	TIPO DE RECEPTOR: Outro			
IMAGEM ADICIONAL: 					

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

PESSOAS

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

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
RUA DONA COTA VIEIRA	370
COMPLEMENTO:	BAIRRO
CASA	CAIMBE
MUNICÍPIO/UF:	

BOA VISTA/RR

TELEFONE:	EMAIL:
95-991307220	antoniorochaarc@hotmail.com

Dados da Habilitação

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

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Leves	Sim	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
NÃO APLICÁVEL	NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Não		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:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	Outro
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:	

O condutor do veículo informou em sua declaração que foi socorrido por populares e levado ao HGR.

	MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		PROTOCOLO: 17077017B01
			STATUS: Encerrado
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:			

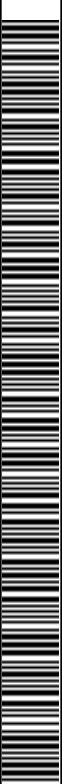
DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

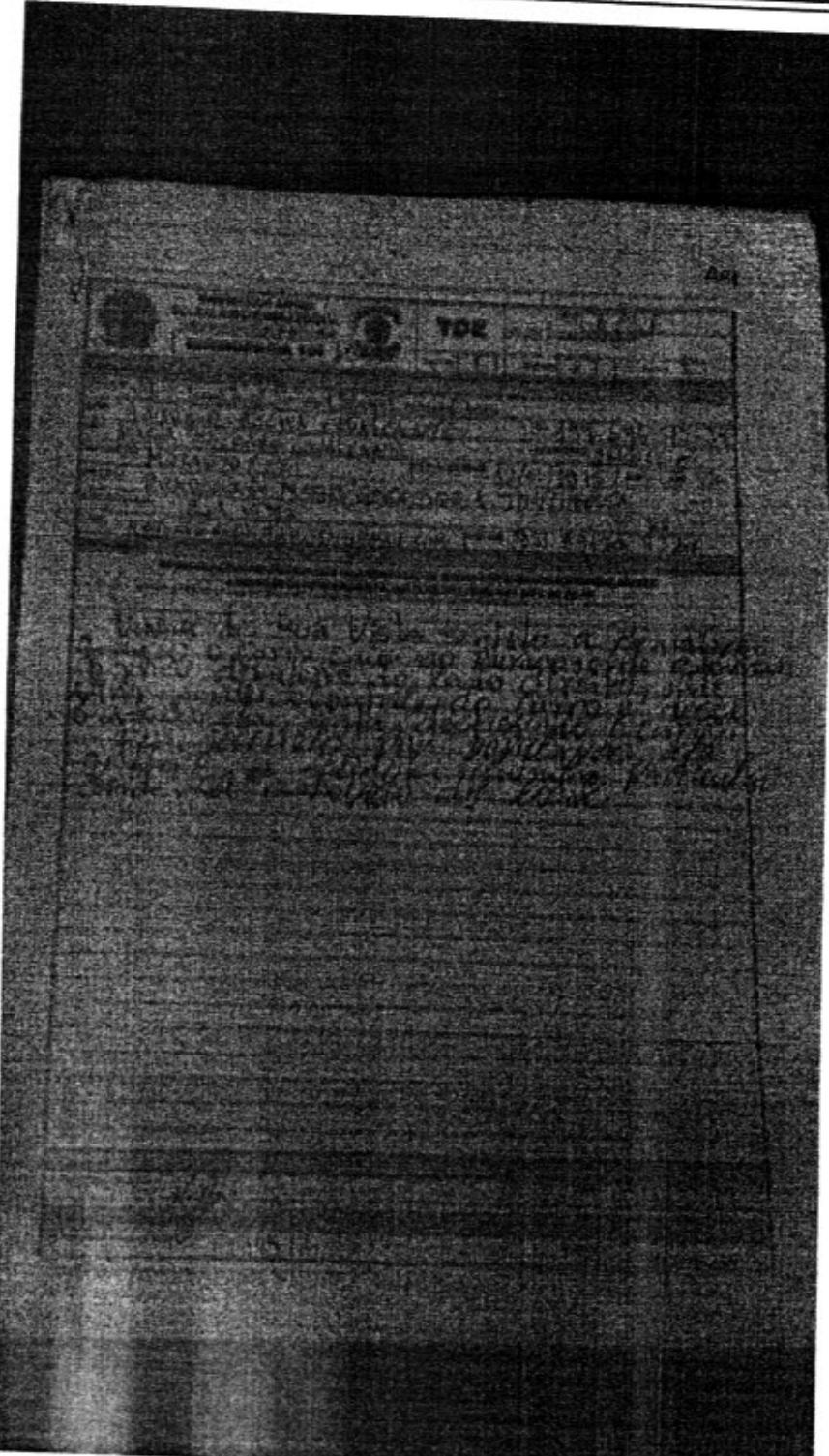
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

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
IMAGEM DA DECLARAÇÃO		STATUS: Encerrado	
			

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

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NAV7187 / CHEVROLET/S10 LTZ DD4A

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

C. NICOLETTI/2218366

NUMERO DO BAT:

17077017B01

DATA/HORA:

03/10/2017 06:30

Item danificado no acidente					
Item	Descrição do Item	Valor	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 chassis.	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

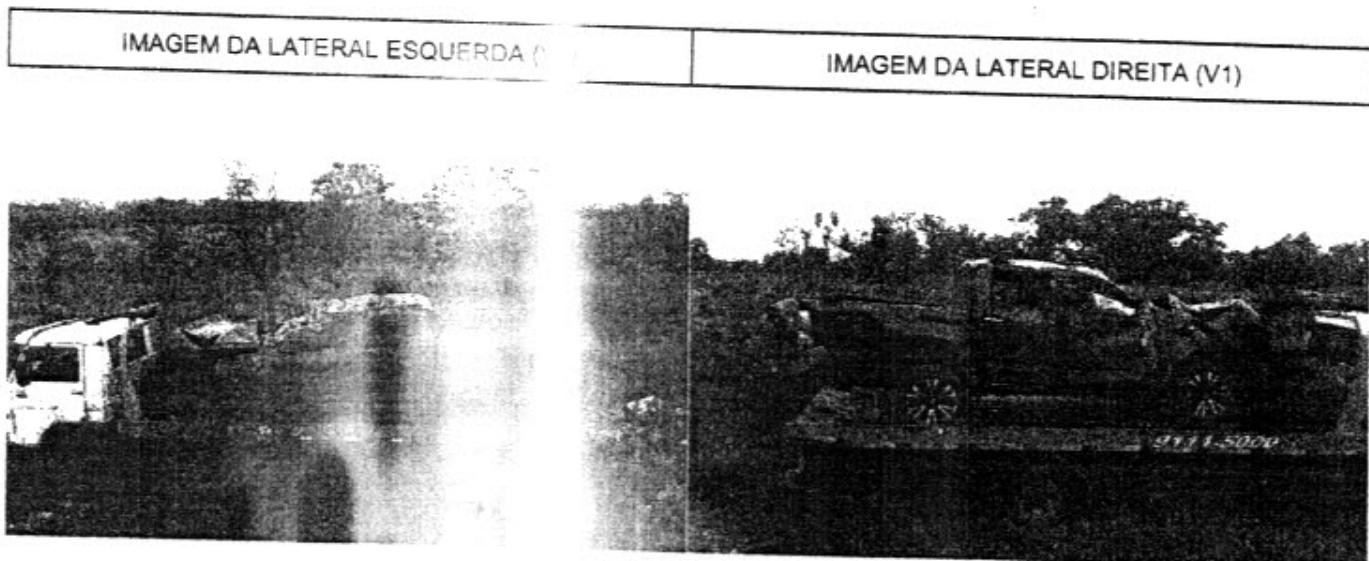
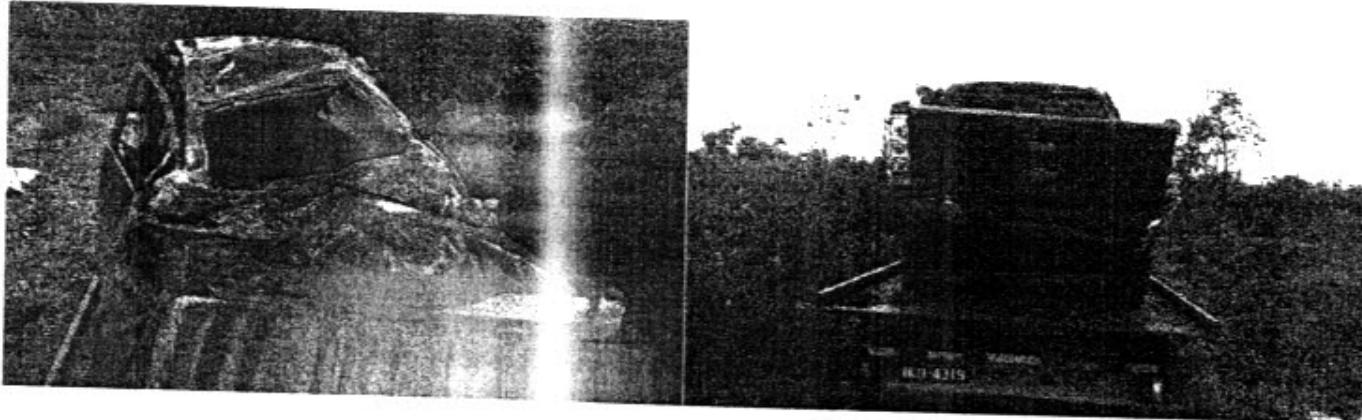
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

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)	





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

133.636.532-34

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO NOCHA CAVALCANTE

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 NOCHA CAVALCANTE

6 - CPF:

133.636.532-34

7 - Profissão:

EMPRESÁRIO

8 - Endereço:

AV. MANOEL VILLENTRE 5012A

9 - Número:

406

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AEF BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

63.352-235

15 - E-mail:

ANTONIO.NOCHAARL@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(361) 33370-3252

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3408

CONTA: 20765

3

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (valinascer)?

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)

38 - 1º | Nome: WENDY DE MORAES OLIVEIRA

CPF: 013.812.233-04

Wendy de moraes Oliveira

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: FRANCISCO JOSÉ GOMES

CPF: 234.422.393-20

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data, 16/09/2020

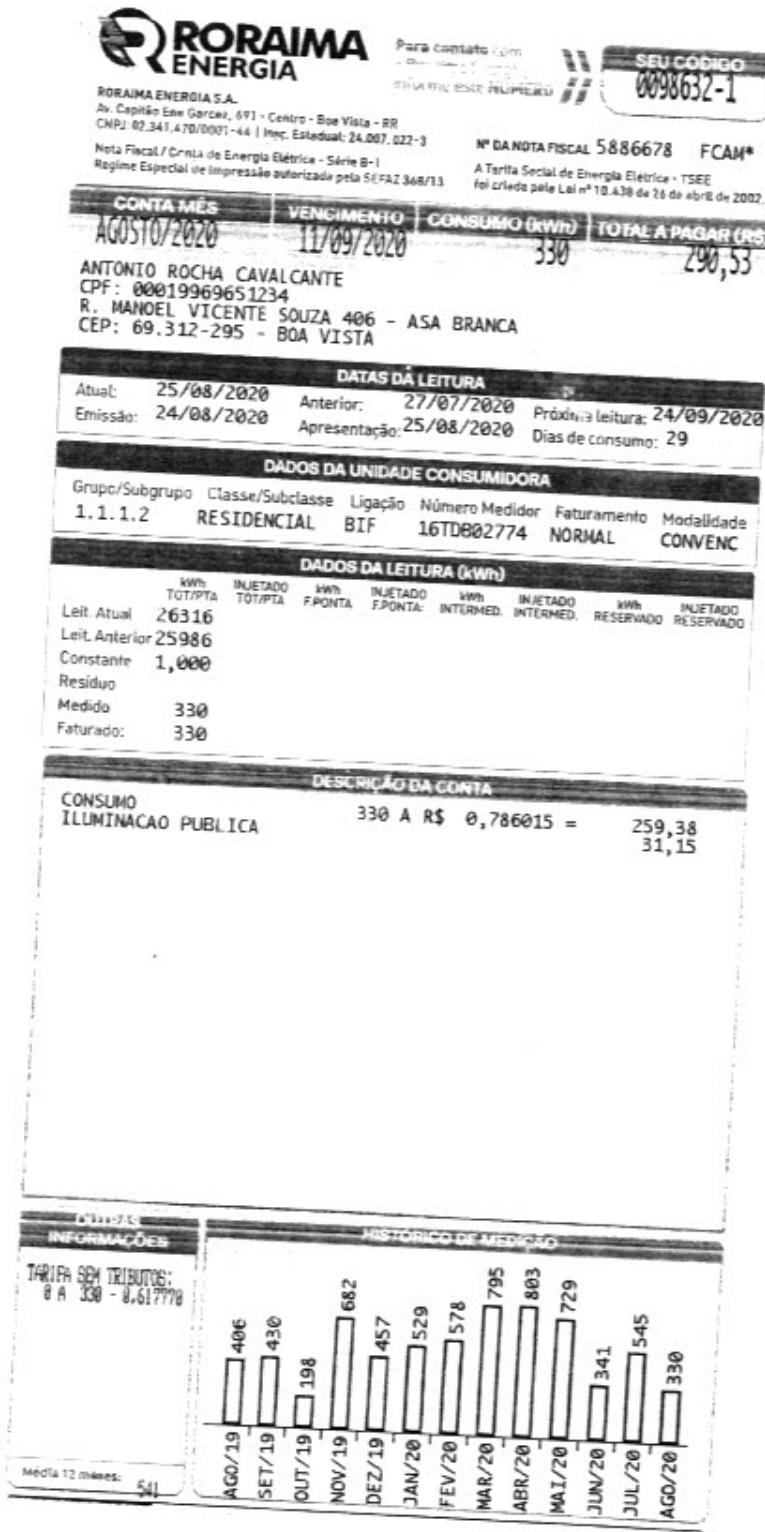
X

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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	Raça/Cor
Mãe				M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Maria Socorro Cavalcante				Pai		
Endereço				NC		
RUA - XVIII - 90 - CAMBARA - BOA VISTA - RR						
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	Pressão
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER					
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 VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPOTAMENTO DE CARRO). APRESENTA ESCORIASÕES EM MASI E LEVADAS EM REGISTO TEMPORAL (E).					
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
POLI TRAUMA						
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	
Dipirona 500 (E) Tilatil 500 (E) Suturo + anestésico				08:00h		
Conduta						
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório					
<input checked="" type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)					
<input type="checkbox"/> Alta a Revisão	<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						
Dr. Adilson Leite Médico CRM-RR 1770						
Carimbo e Assinatura do Médico						

Impresso por: karoline.oliveira
Data Hora: 03/10/2017 07:52:48



1700845787



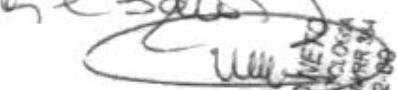


Dr. Nilo Brandao Neto
Ortopedia - Traumatologia
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823 / CRM/RR 364

Antônio Rocha Cavalcante

Paciente refere caiu de cima de carro no Br 174, com traumas no tronco e ombro E em 03/10/17, com fratura grande tuberosidade, menor E, esse via consolidado. Foi tratado com medicos ortopedicos (evolução longe e saudável)

06/11/17


Fármacia Ortopédica

3623-2030
Foto Ref.: (095) 3623-4548

NÃO TROQUE ESTE MEDICAMENTO

Ao retornar, traga essa Receita

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

Receituário

NOME:

Antônio . Rocan

Uso Ocular

① Maxiflur (0,025% fluticasone)

Aplicar 4/4h e cada olho
por 10 dias

② Compressa Gaze

Aplicar sobre a pálpebra 6/6h
+10mm/cada, por 5 dias

Data: 31/10/17

Dr. Bruno Leixeira
Oftalmologista
CRM - 26M 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 corteimento
de carro no Br 174, com
traumatismo torácico e
ombro E em 03/10/17,
com fratura grande tuberosa
lateral esquerda E, esse via
consolidado. Esse tratamento
foi realizado ortopédico.
(evolução lenta e dolorosa)

06/11/18

Consultório Ortopédico

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

NÃO TROQUE ESTE MEDICAMENTO

Ao retornar, traga esta Receita

DR. Nilo Brandão Neto
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
Membro Titular S. B. O. T. CRM/RR 364
CP 189.820-202-89

03/10/2017

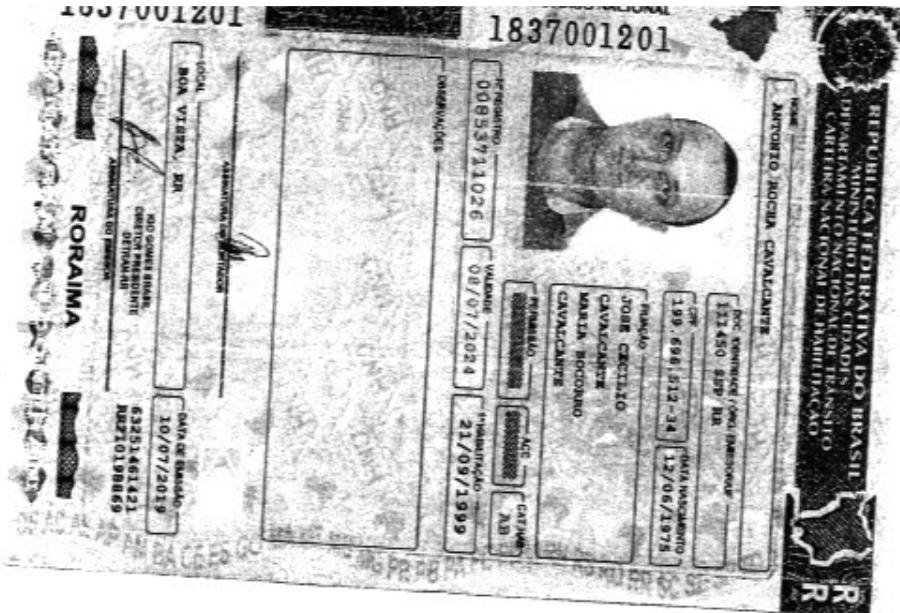
...: Guia de Atendimento 02 ...

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

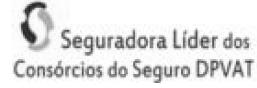


1700845787	03/10/2017 07:46:40	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	1
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ANTONIO ROCHA CAVALCANTE		12/06/1975	42 A 3 M 21 D	700007750622807	19969651234		
Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade				
M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR				
Mãe	Pai	Contato					
MARIA SOCORRO CAVALCANTE	NC	(95) 99158-9828					
Endereço	Ocupação						
RUA - XVIII - 90 - CAMBARA - BOA VISTA - RR							
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	Pressão	
ACIDENTE DE CARRO	URGÊNCIA						
Setor	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 VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPÔ TAMENTO DE CARRO). APRESENTA ESCORIASSES EM MASI E LESÕES EM REGIÃO TEMPORAL (E).						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
POLI TRAUMA							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO-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	
Sipirona 600 mg (E) Tilatil 500 mg (E) Sutro + (arrestivo)				08:00h			
Conduta							
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório						
<input checked="" 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 Saida/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 Leite Médico CRM/RR 1770			





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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

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

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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.

