
Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204393

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATEUS DE SOUSA MAIA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204393

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

Data do Acidente: 23/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATEUS DE SOUSA MAIA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MATEUS DE SOUSA MAIA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000018131-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 040.234.952-04 4 - Nome completo da vítima: Mateus de Sousa Maia

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

5 - Nome completo: Mateus de Sousa Maia 6 - CPF: 040.234.952-04
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: R. Marieta Melo Marques 9 - Número: 243 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: De Silveira Leite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PR 14 - CEP: 69.314-354
15 - E-mail: luichelkeith@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 999.62.9009

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: Luichel Keith Fretes de Lencina
18 - CPF do Representante Legal: 446.255.452-34 19 - Profissão do Representante Legal: Agente de Seguro

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 A 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: 3906 13 CONTA: 00012131 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do LIDER

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 003454/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/01/2020 07:22 - Data/Hora Fim: 24/01/2020 08:57
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: PMRR-CIPTUR ROP 811624 SERIE J Data: 23/01/2020
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 23/01/2020 19:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caimbé

Logradouro: AV CARLOS PEREIRA DE MELO C RUA ADEMARIO BATISTA

Tipo do Local: Em veículo

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONILDO BIZERRA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 29/04/1977

Idade: 43 anos

Naturalidade: CE - Aracati

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: RAIMUNDA BIZERRA DE OLIVEIRA

Nome do Pai: GERARDO MORENO DE OLIVEIRA FILHO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 724.556.593-72

RG - Carteira de Identidade: 286444194

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R DECO FONTELES

Complemento: CASA

Bairro: JARDIM FLORESTA

Nº: 1067

CEP: 69.312-072

Nome Civil: MATEUS DE SOUSA MAIA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 17/01/2000

Idade: 20 anos

Naturalidade: PA - Jacundã

Profissão: Atendente

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: SERGILENE SILVA DE SOUSA

Nome do Pai: JOSE WANDERLY MAIA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 040.234.952-04

RG - Carteira de Identidade: 8655350

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R CRUZEIRO DO SUL

Complemento: CASA

Nº: 494



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003454/2020

Bairro: SILVIO LEITE
Telefone: (95) 99144-4035 (Celular)

CEP: 69.312-272

Nome Civil: EVERSON BRASIL SD/PM CIPTUR (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Civil

Idade:

Nome da Mãe: Pj

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/FAN

Placa NAO2389

Número do Motor KC15E5A196487

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 033.940.212-18

Renavam 00251169448

Número do Chassi 9C2KC1550AR196487

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/11/2017

Nome Envolvido

MATEUS DE SOUSA MAIA

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Veículo

Descrição GM/S-10

Placa OAF2906

Número do Motor NAL006690

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo GM/S10 RODEIO D

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 21/06/2018

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 619.792.282-72

Renavam 00333714270

Número do Chassi 9BG138XP0BC452819

Número da Carroceria 452819

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo GM/S10 RODEIO D

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

RONILDO BIZERRA DE OLIVEIRA

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que foi recebido o PMRR-CIPTUR ROP 811624 SERIE J, informando acidente de trânsito, com Danos Materiais e lesão corporal no local supra; Que no local supra foi informado por RONILDO que conduzia o veículo GM/S10 placa: OAF2906, pela Rua Ademario Batista, sentido caimbé/jardim Floresta; Que no cruzamento com a Av. Carlos Pereira de Melo, avançou a preferencial, sendo colidido por Mateus, o qual conduzia uma motocicleta HONDA/FAN de cor preta e placa: NAO2389, o qual vinha pela Av. Carlos Pereira de Melo; Que MATEUS já tinha sido socorrido pelo SAMU ao HGRR, no momento da chegada da viatura da PM; Que não foi acionada a Perícia devida a violação do local; Que a motocicleta foi removida ao



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 003454/2020

pápio do DETRAN-RR, devido está com documentação atrasada, conforme documento de retenção e remoção nº 041992.

ASSINATURAS

Delourdes Camilo Dos Reis

Agente de Polícia
Matrícula 042000468

Responsável pelo Atendimento

Everson Brasil Sd/pm Ciptur
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Vtr CIPTUR 99	SUCp CIPTUR	Data 23/01/2020	S/Setor LESTE	H/Transm 19:25	H/Ini 19:29	CH/H 19:38	H/Fim 21:03
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13999	Cód. Ser. Prest. XXXXXXX	Km/ini. 18769	Km/Fin 18778		

Av. Carlos pereira de melo cruzamento C/ Rua Ademario batista

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Bairro: CAIMBE

Refe.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	Nome: Ronildo bizzera de oliveira	Idade: 41	E. CIVIL: casado
Endereço:	Rua Deco Fonteles n:1067 jardim floresta		
Edt. R.G	286444194 SSP/RR	CNH	01626488711
CPF	72455659372	TEL	984090767
2 ENVOLVIDO	Nome: Mateus de Sousa maia	Idade: 19	E. CIVIL: solteiro
Endereço:	Rua cruzeiro do sul n 494 silvio leite		
Edt. R.G	8655350 SSP/RR	CNH	07150269716
CPF	04023495204	TEL	991444035
3 ENVOLVIDO	Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Idade: XX	E. CIVIL: XXXXXXXX
Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Edt. R.G	XXXXXXXXXXXXXX	CNH	XXXXXXXXXXXXXX
CPF	XXXXXXXXXXXXXX	TEL	XXXXXXXXXXXXXX
		Profissão:	XXXXXXXXXXXXXX

VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1: GM/S10 DE COR PRETA E PLACA OAF 2906 DANOS: PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO LADO ESQUERDO
 V2: HONDA/FAN DE COR PRETA E PLACA NAO 2389 DANOS: PARTA FRONTAL

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA *Adailson*

CARGO

APC

LOCAL

2º DP

Senhor (a) Delegado (a),

HISTORICO

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRENCIA DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E LESAO CORPORAL NO LOCAL SUPRACITADO E AO CHEGAR NO LOCAL FOMOS INFORMADOS PELO ITEM 01 QUE CONDUZIA UM GM/S10 DE COR PRETA E PLACA OAF 2906 E QUE TRAFEGAVA NA RUA ADEMARIO BATISTA SENTIDO BAIRRO CAIMBE/JARDIM FLORESTA E QUE AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO AVANÇOU A PREFERENCIAL SENDO COLIDIDO PELO ITEM 02 QUE CONDUZIA UMA HONDA/FAN DE COR PRETA E PLACA 2389 E TRAFEGAVA NA AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO SENTIDO BAIRRO/CENTRO. O ITEM 02 JÁ TINHA SIDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HGR NO MOMENTO DA CHEGADA DA VIATURA DA PM E QUE NOS FOI INFOMADO QUE O ITEM 02 TENHA SOFRIDO UMA POSSIVEL FRATURA NO FEMUR DA PERNA DIREITA E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUE NÃO FOI ACIONADO PERICIA DEVIDO A VIOLAÇÃO DO LOCAL. INFORMO TAMBEM QUE A MOTOCICLETA DO ITEM 02 FOI APREENDIDA AO PATIO DO DETRAN DEVIDO ESTA COM DOCUMENTAÇÃO ATRASADA CONFORME DOCUEMENTO DE RETENÇÃO E REMOÇÃO N° 041992.

Era o que tinha a relatar.

ey

EVERSON BRASIL

41.204-0

CADASTRO

SD PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp



Adailson Santos da Silva
 Func. Civil PM/RR
 Mat. 44005023

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: 040.234.952-04 4 - Nome completo da vítima: Mateus de Sousa Maia

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

5 - Nome completo: Mateus de Sousa Maia 6 - CPF: 040.234.952-04
7 - Profissão: Aterdente 8 - Endereço: R. Marieta Melo Marques 9 - Número: 213 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: De Silveira Leite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PR 14 - CEP: 69.314-354
15 - E-mail: luichelkeith@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 999.62.9009

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: Luichel Keith Fretes de Lencina
18 - CPF do Representante Legal: 446.255.452-34 19 - Profissão do Representante Legal: Agente de Seguro

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 A 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: 3906 13 CONTA: 00012131 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

Por isso, o proponente do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, aceita a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Segurado

TESTEMUNHAS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS DE SOUSA MAIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000018131-0

Nr. da Autenticação B03B3230DD43C466



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eva Barros, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.902.972-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizado pela SESAB 2006/10

Empresa filiada ao
Sistema de Energia
Elétrica do Estado de Roraima

0063184-1

Nº da Nota Fiscal: 4820996

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, instituída pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002, FCMR

MARCO/2020

06/04/2020

265

234,16

ANTONIO ALVES SOUSA

R. MARIETA MELO MARQUES 243 - DR. SILVIO LEITE

CPF: 00014654806334

CEP: 69.314-354 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	1194
Anterior:	11676
Classe de consumo:	03
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	265
Consumo Faturado:	265

DATAS DA LEITURA	
Atual:	16/03/2020
Anterior:	14/02/2020
Última leitura:	16/04/2020
Emissão:	17/03/2020
Apresentação:	16/03/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	MONO
Numero Medidor:	11EDM83545
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modelidade:	N 1425246

CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

265 A R\$ 0,764425 =

202,57
31,59

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 265 - 0,61778

Média 12 meses:



**MENSAGENS
IMPORTANTES**

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

LIGUE 08007009120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 17/03/2020, não constam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

7C79.21A2.7F63.5F2F.7D31.0C8E.5AD8.BDF6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	105,54	Encargos:	6,20
Transmissão:	47,98	Tributos:	30,95
	8,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	Alíquota	Valor
ICMS: 17,00%		34,43
PIS: 0,30%		0,78
COFINS: 1,70%		3,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DEC		FIS		DANC		DCCR	
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Cobrança	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realidade	0,00			0,00			0,00	
Compromisso	FLORESTA		Período de apuração: 01/2020		R\$ 50,45			

Faturas da UC: 1682989

[\[x\] Sair](#)

Unidade Consumidora

1682989

Nome do Cliente

EDINALVA MELO DA SILVA

Endereço

AV JOSE ALVES CAVALCANTI, , QD 55 LT 657 - MURILO TEIXEIRA CIDA

Mês de Faturamento

Data de Vencimento

Valor

Situação

05/2020

11-JUN-20

R\$ 134,90

PAGO

04/2020

11-MAY-20

R\$ 31,57

PAGO



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

Para mais informações, acesse o site www.seguradonilider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, assinando o endereço eletrônico:

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

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

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

SUPLENTE DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PRECISADAS NA LEI Nº 9.613/98.

Foi imposto eu Mateus de Sousa Maia
inscrito(a) no CPF/CNPJ 040.234.952 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Mateus de Sousa Maia inscrito(a) no CPF sob o Nº 040.234.952 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Mateus de Sousa Maia
inscrito(a) no CPF sob o Nº 040.234.952 / 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar.

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

Endereço: <u>R: Mariana Melo Marques</u>	Número: <u>243</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>De São João</u>	Cidade: <u>Bom Jesus</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>euichoketih@gmail.com</u>	CEP: <u>69.214-354</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99962-9009</u>

Local e Data: Bom Jesus - RR, 27 de maio de 2020

Mateus de Sousa Maia

Assinatura do Declarante



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

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

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

2001212664 23/01/2020 18:48:31 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 24

Paciente: MATEUS DE SOUSA MAIA Data Nascimento: 17/01/2000 Idade: 20 A 0 M 6 D CNS: 706405591647288 CPF: 04023495204 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade Mãe M M PARDAS BRASILEIRA

SERGILENE SILVA DE SOUSA Endereço: RUA - MARIETA DE MELO MARQUES - 243 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR Ocupação

Pai: JOSE WANDERLY MAIA Contato

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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: ANTONIA.SOARES

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

ACIDENTE DE MOTO. ALERGIAS.

anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL 15
AQ: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

PAUENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO QUASE 10 ANOS DE PÓS DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS E VÔMITOS. RELATANDO DOR EM NARIZ E MÃO.

Exame Físico: REG, LORE, APA, CONTO, HIONADO, EUPNEU.

DR: MVO, BILATERAL, SI RA. EXPANSIBILIDADE TORÁCICA SIMÉTRICA

PODORE INOCENTE, PAVO ESTÁVEL E INDOLO, COM CI GEMA IMPORTANTE.

Hipótese Diagnóstica: POLÍMORFISMO

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

1) TRAMOL-40mg EV 1 PRS

2) DILORONA 2g EV 1 PRS

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRG. EDUARDO GOMES, S/N
NOVO PLANALTO, PAAR - RORAIMA

AUTENTICAÇÃO

18-01-2020

Certifico que o paciente está presente e em condições de ser atendido.

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☒ Transferência para: ORTOPEDIA Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 23/01/2020 18:49:35

2001212664

Pront 20:30

Vitória De Aceda De Trás e/

André De Jesus Pinto

CD: Trás Tibial, + Internas

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

70 TRANSF. 24601/2020

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: *Wesley De Jesus Lima*
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: *178894*
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *260605691166721818*
8 - DATA DE NASCIMENTO: *17/01/20*
9 - SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: *Sergilene Silva de Souza*
11 - TELEFONE DE CONTATO: *000*
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Edson de Melo Marques, 243 Da Silva Leite*
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *Boa Vista*
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: *RR*
15 - UF: *RR*
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Ulcera de úlcera de traseiro c/ fumaça de mau cheiro.

Trombose crônica

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Rx
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *fratura*
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Internar*
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: *Ortel*
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *ELABORADO*
28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *Vitor Paracat Santiago*
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *23/07/20*
32 - ASSINATURA E RUBRICA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *Vitor Paracat Santiago*
33 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: *Ortopedia / Traumatologia*
34 - CRM-RR: *1635*
35 - RQE: *610*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNIE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - Cód. Órgão Emissor:
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
46 - DOCUMENTO:
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

BPA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



16-2

DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/01/20	DN
PACIENTE	MATEUS DE SOUSA MAIA		
AGNÓSTI	FX FEMUR D		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	116-2	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0.9% 500ML EV 12/12H SN		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		SN
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (Jusp)		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6		SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN		SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
12	SSVV + CCGG 6/6 H		Retina
13	CURATIVO DIÁRIO		Curativo
14	CEFALEXINA 1g c 6/6h		18-12-18
15	TILACIL 20 mg c 12/12h		18-12-18
16	DIETA ZERO APÓS 7:00 do dia 25/01		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planaltina, TO (63) 3322-0620
AUTENTICAÇÃO
18 ABR 2020
Certifico que a presente
cópia é verdadeira e
que foi expedida nestas

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	126x90	107	36x2
18 H	140x92	101	38x2
24 H	112x81	97	35x2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

18/01/2020 paciente em ritmo
falta moderada com
SSV/VU TX 300i para
deixar com SSV/VU
moderada

Paciente noturno 19/01/2020
Paciente medicado C.P.M.
e VU/VU 550i
Item 19 normocor
não disponibilizou.
Temp. 38.4 axila, 38.1
4, C.P.M. 11/2/2020

Paciente transferido ao leito 116

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILSO CRUZ


Polegar Direito



Michel Keitin Freitas de Lima

ACOMPANHAR DO VÍO 840

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

102553

29/01/2018

NOME
MICHEL KEITIN FREITAS DE LIMA

FILIAÇÃO
ANTÔNIO ALVES DE LIMA
SEBASTIANA FREITAS

NACIONALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
28/01/1973

DECE. CRUZEM

CERTID. NASC 6131 FLS 134 V LIV 06

BOA VISTA-RR

CPF
446.255.452-34

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal - 402

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

FORMULÁRIO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO
AUTORIZADO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE TR. N.
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ **3.000,00**

PLACA DO VEÍCULO: **MATEUS DE SOUZA**

CPF: **86553504488**

ENDEREÇO: **RUA JOSE ALEXO, 403, 8103, B.**

BOA VISTA BRANCA, BOA VISTA - PR.

DATA: **BOA VISTA - PR, 05 DE JUNHO DE 2010**

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

Assinado por Mateus de Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PR N.º **0157463639**

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01 00281169448 92245089466

1608 DARIO KOLN STULP

R JOSE ALEXO CASA

ASA BRANCA N.º 12364

BOA VISTA - PR 69312227

033.940.211-18 MA02589

9C2K71550AR196487

FAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 150 FAN EBI 2010 20

2P/0149CC/ PARTICU PRETA

SEM TESTE/VA DE DOMINIO E PROIB SAIR DA MAJ OCID *

MAJ OCID *

Assinado por Antonio

BOA VISTA - PR

CONTRANTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200204393 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA **Data do acidente:** 23/01/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158921/20

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

CPF: 040.234.952-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATEUS DE SOUSA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA : 446.255.452-34

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

MATEUS DE SOUSA MAIA : 040.234.952-04

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: 05/06/2020
Nome: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA
CPF: 446.255.452-34

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

NOME: Matheus de Sousa Maia
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Atendente RG 8655350 SSP/PA CPF: 040.234.952-04
ENDEREÇO: Rua Príncipe de Sul

VITIMA: Matheus de Sousa Maia
CPF: 040.234.952-04 DATA DO ACIDENTE: 23.03.2020
NATURERZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: MICHEL KEITH FREITAS DE LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST.CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO IDENTIDADE: 102.553 SSP/RR CPF: 446.255.452-34
ENDEREÇO: AV PRESIDENTE CASTELO BRANCO Nº 2150 APTO 2 SÃO VICENTE

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que têm direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrativo pela Seguradora Lide, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para créditos de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, 02 de maio de 2020

CARTÓRIO
LOUREIRO

Matheus de Sousa Maia

Assinatura



CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
ALUNA RUA Nº 502 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (053) 3634-6000 - ATENDIMENTO: 08h às 18h
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
[assinatura] - MATHEUS DE SOUSA MAIA
JB Em testemunho da verdade Boa Vista - 13/04/2020
Emol 2,56 FUNDEJURR 0,26 FISC 0,13 FECON 0,13 ISS 0,13 Vlr Selo 1,50
Selo: REC FIR 158345 PGM 8 EOKSM 07 MCO 76 N° Ticket: 00053
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 04023495204
Dr. Matheus de Sousa Maia
Talhado Substitui
Cartório Loureiro

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158921/20

Vítima: MATEUS DE SOUSA MAIA

CPF: 040.234.952-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATEUS DE SOUSA MAIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA : 446.255.452-34

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

MATEUS DE SOUSA MAIA : 040.234.952-04

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: 05/06/2020
Nome: MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA
CPF: 446.255.452-34

MICHEL KEITIH FREITAS DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO