

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: 2947240420210107112128****Processo 0831826-67.2020.8.23.0010 ★ - (23 dia(s) em tramitação)****Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de: <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					
Filtros					
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"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	9 07/01/2021 11:21:28	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776439CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776439CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2776439CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
		9.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pela advogado/curador/defensor de ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ		
	8 26/12/2020 00:01:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/12/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judicária		
<input checked="" type="checkbox"/>	6 15/12/2020 10:02:13	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado		
	5 14/12/2020 15:21:36	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
	4 14/12/2020 15:21:36	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
	3 14/12/2020 15:21:36	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
	2 14/12/2020 15:21:36	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input checked="" type="checkbox"/>	1 14/12/2020 15:21:36	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08318266720208230010

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **14/10/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT, cujo sinistro foi autuado sob o **nº. 2014744272**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 23/05/2014.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de PÉ DIREITO, **25%**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido já indenizado anteriormente uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontrovertido que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada **INVALIDEZ**, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMIOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art.

^{1º}

(...)

^{§2º} Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demais pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de janeiro de 2021.

**SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR**

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08318266720208230010.

Rio de Janeiro, 6 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658785

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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



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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658785

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658785 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 2.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2014744272 EM NÍVEL LEVE PARA O PÉ DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 pés	50 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

701-354-792-15 Antonio Neto Moreira Freire

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

5 - CPF:

701-354-792-15

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

TRAVESSIA JULIO PINTO

9 - Número:

15

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

TANCREDO NEVES

12 - Cidade:

BON VISTO

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69.313.538

15 - E-mail:

menato.silva.638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

95 91144021

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 BANCARIOS

BENEFICIARIO DA INDENIZACAO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIARIO DA INDENIZACAO (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: _____

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00050545 2

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

(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

Odeio o trabalho penoso da IML, que é um imposta que é de grande custo para a vítima. Por isso, a IML não deve ser feita. Meu dano é permanente, e não preciso de perícias para provar que eu tenho esse dano.

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Sócio(a) Cônjugue (esposa) Namorado(a) Parente (filho(a)) Irmão(a) Irmão(a) adotivo(a) Irmão(a) meio-irmão(a) Irmão(a) sobrinho(a) Irmão(a) sobrinha(a) Irmão(a) sobrinho(a) adotivo(a) Irmão(a) sobrinha(a) adotivo(a)

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 (valéscer): 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 áqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bon Vista 14/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nonato Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

701-354-792-15 Antonio Neto Moreira Freire

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

6 - CPF:

701-354-792-15

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

TRAVESSIA JULIO PINTO

9 - Número:

15

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

TANCREDO NEVES

12 - Cidade:

BON VISTO

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

69.313.538

15 - E-mail:

menato.silva.638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

95 91144021

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 BANCARIOS

BENEFICIARIO DA INDENIZACAO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIARIO DA INDENIZACAO (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: _____

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00050545 2

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

(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

Odeio o trabalho penoso da IML que é feito impossibilitando a apresentação da vítima ao médico. Por isso, não posso preencher esse formulário. Sei que é necessário para a cobertura de invalidez permanente.

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Unico(a) Sócio(a) Cônjugue (esposo/a) Namorado(a) Namorada(a) Ex-companheiro(a) Ex-companheira(a)

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 (valéscer): 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 áqueles 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 rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, Bon Vista 14/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Nonato Silva

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: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 08:37 Data/Hora Fim: 14/10/2019 08:54
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/09/2019 11:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: deusa leitão

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Açaílândia Sexo: Masculino Nasc: 08/03/1981
Profissão: Funcionário Público
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Estevan Pereira Freire

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 193283

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: av lameda antares N°: s/n lote 61 q 84
Bairro: cidade satelite
Telefone: (95) 99165-1589 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava na motocicleta honda broz preta de placa NAO9724 chassi 9C2KD0550CR570709, em nome de JOSE ALGUSTO MOREIRA, na rua acima mencionado quando de repente uma outra motocicleta que vinha sentido contrário invadiu a contra mão atingindo o comunicante que veio a cair, com o impacto o comunicante quebrou um dedo do pé direito, que foi atendido pelo samu e conduzido ao hgr. Que não sabe informar maiores detalhes da outra motocicleta. É o relato.

Que não deseja representar.

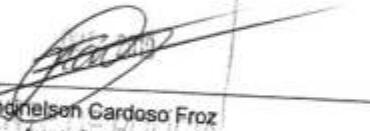


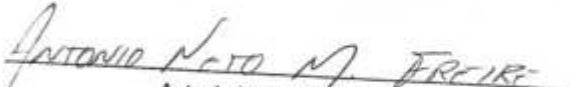
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

ASSINATURAS

DAT

Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento


Antonio Neto Moreira Freire

(Comunicante / Vítima)

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 08:37 Data/Hora Fim: 14/10/2019 08:54
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/09/2019 11:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: deusa leitão

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Açaílândia Sexo: Masculino Nasc: 08/03/1981
Profissão: Funcionário Público
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Estevan Pereira Freire

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 193283

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: av lameda antares N°: s/n lote 61 q 84
Bairro: cidade satelite
Telefone: (95) 99165-1589 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava na motocicleta honda broz preta de placa NAO9724 chassi 9C2KD0550CR570709, em nome de JOSE ALGUSTO MOREIRA, na rua acima mencionado quando de repente uma outra motocicleta que vinha sentido contrário invadiu a contra mão atingindo o comunicante que veio a cair, com o impacto o comunicante quebrou um dedo do pé direito, que foi atendido pelo samu e conduzido ao hgr. Que não sabe informar maiores detalhes da outra motocicleta. É o relato.

Que não deseja representar.

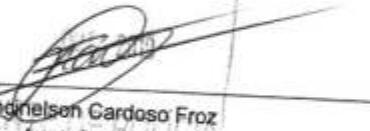


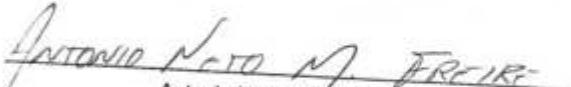
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

ASSINATURAS

DAT

Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento


Antonio Neto Moreira Freire

(Comunicante / Vítima)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de abertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVÁLIDOS PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nif do cliente ou ASA:	3 - CPF do vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
01.364.793-15 ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUJEITA AO 04/2012				
5 - Nome completo:	ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE			
7 - Profissão:	5 - CPF:			
Recepcionista	B - Endereço:	01.354.492-15		
13 - Bairro:	12 - Cidade:	9 - Número:	10 - Complemento:	
TAZACREDO NEDES	TRAVASSOS JULLIO PINTO	15	CASA	
25 - E-mail:	11 - CEP:	14 - CEP:	16 - Telefone:	
menotosilva_638@gmail.com	69.313.538	69.914.4021		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTÔR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Número do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovará anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSCO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$2.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para desconto na agência, se aplicável)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (digite se banco): Nome do BANCO: _____			
<input type="checkbox"/> Bradesco (297)	<input type="checkbox"/> Itaú (362)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 3027	CONTA: 000.50545	AGÊNCIA:	CONTA:	
Informar o número da conta	Informar o número da conta	Informar o número da conta	Informar o número da conta	
Autorizo o Seguradora a efetuar a creditação na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso de Seguro DPAT e que eu tiver direito, reconhecendo-a vidente, desde já e somente após a elaboração do credito, quitando total do valor reclamado.				

Autorizo o Segurador a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso de Seguro DPA e que eu tiver direito, reconhecendo a vinda, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recolhido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INAC - PREEXAMINAMENTO SOMBRIANO PARA CONVERSÃO DE PUNIÇÃO

Pelo que menciono na regiao do addente ou da minha resolução resulta perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido, devidamente, concordando, desse jeito, e me submete a avaliação métrica das custas da Segunda Vara para verifico se existência e quantificação das respectivas documentações de addente de mês, conforme Lei L.164/74, art. 59, §3º, declarando que esta no terceiro não é gravação prévia contradizendo com o que a sua avaliação métrica ou remuneração se direita da concessão, caso o parâmetro seja confirmado.

DECLARAÇÃO DE CÓDIGO BENEFICIÁRIO - MATERIAIS

26 - Vítima deixou com magia/religião: Sim Não 27 - Se levantou devido a cães/animais? Informe o nome e local:

- 18 - Vítima
taxi foi? Sim: 29 - Se sim, falar, informar
Nao: Viagem: Passeios:
30 - Vítima
rapto(s) (direto): Sim: 31 - Vítima Sim: 32 - Se sim, falar, informar: 33 - Vítima de se-
 Não: seu nome: Não: Vítima: Metidas: ral(s) (direto): Sim:
ESTOU Ciente de que a Seguradora levará 4% desse débito, a indemnização do Seguro DPVAT, se-
não, consegue, estando diante, aliás, de que é qualquer pessoa ou ocasião que não verá devida poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor reembolsado, além da
responsabilidade criminal prevista no artigo 239 do Código Penal.

34 Imprensa cláusulas máximas constituição de identidade	<p>35 - Nome legal da quem assina o rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legal de quem assina o rogo/a pedido</p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido</p>	<p>38 - IE Nome: _____ CPF: _____</p> <p>39 - Assinatura da testemunha: 39-29 Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha:</p>
---	--	---

40-Locality, Pista Vista, 14/10/19

~~Antonia Sloo of Esso~~

41- Abenashim da y'qra'kenehlello (jewel-plate)

Bijvochtige weide 5

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Ajustar o desempenho local (se houver)

EE&S.COG V0002/2013

Nº 1667 - SAMU 192



FICHA DE ATENDIMENTO

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE:

BRAVO II

EQUIPE: Márcia Fernandes + JosePaciente: Antônio Neto Moreira FerreiraIdade: 39Sexo: MASC.Nacionalidade: Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: R. Dezen Leites Canha s/nº

Bairro:

Nº 10.540.

DATA: 20/09/2019

HORA J/9:

BASE: []

VIA: [] RÁDIO: []

Médico (a) Regulador (a):

Dr. LydiannHORA J/10: 12:25

VIA: [] CELULAR: []

MOTIVO INICIAL:

motofx moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora []

1 a 3 horas []

4 a 24 horas []

Mais de 24 horas []

Não sabe []

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- Acidente de trânsito Urgência psiquiátrica Queimadura Urgência obstétrica
 Agressão física / espancamento Tentativa de suicídio Choque elétrico Transferência
 Agressão física – FAF Envenenamento Queda Exame complementar
 Agressão física – FAB Afogamento Urgência clínica Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Capacete
<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Ónibus	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança
		<input type="checkbox"/> Outro	

AVALIAÇÃO INICIAL

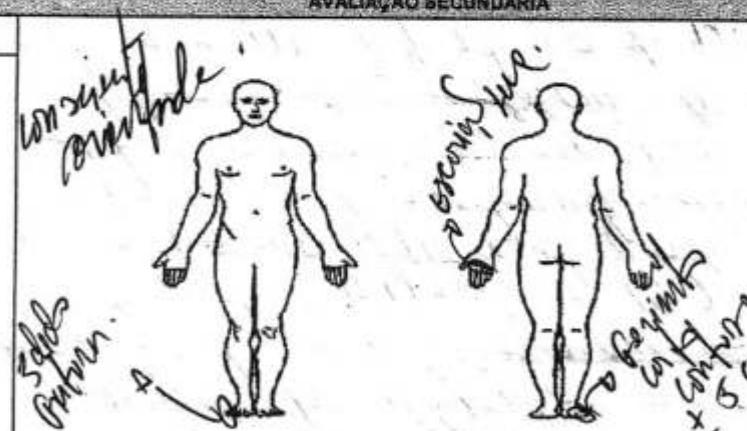
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulex-radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> SIAF	<input type="checkbox"/> Clanoze central [] Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	<u>12:26</u>	<u>130x80</u>	<u>100</u>	<u>21</u>	<u>100%</u>			
Fim	<u>12:54</u>	<u>120x90</u>	<u>70</u>	<u>19</u>	<u>100%</u>		<u>30</u>	<u>15</u>

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematoma	<input type="checkbox"/> Ao comando
3 - Contusão	<input type="checkbox"/> À dor
4 - Escoriação	<input type="checkbox"/> Sem resposta
5 - Lacerção	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	



ABERTURA OCULAR

 Espontânea Ao comando À dor Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

 Orientado Confuso Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

 Obedece a comandos Localiza a dor Movimento de refleto Flexão anormal Extensão anormal Sem resposta

15

AVALIAÇÃO CARDIÁCA	AFFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PREGRESSA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA	LEVE	MÉDIA	SEVERA
[] Ileso	[] Pequena	<input checked="" type="checkbox"/> Média	[]

Assinatura e Carimbo Médico (Localidade de Destino)

Luiz Fernando Júnior
Cirurgião-Dentista
CRM-RR 1583

EM 27/09/19	Stephanie
ORIGINAL	Rubrica
COPIE E COM	

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente:

RG:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

GESTANTE

Idade Gestacional:

 Movimentos fetais presentes Partes fetais na vulva

Perda de líquido:

 Contrações entre 3-5 min. Com cartão da gestante

BCF:

 Contrações com duração > 30s Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

 Aspiração Máscara laringea Monitorização cardíaca Imobilização de fraturas Cânula de Guegel Guia de Introdução Bougie Colar cervical Curativos Cateter nasal: ____ L/min Cricotireostomia cirúrgica Headblock Parto vaginal Máscara facial: ____ L/min Oximetria Prancha longa Cesárea de emergência Bolsa-velva-máscara: ____ L/min Dreno de tórax Tirantes Imobilização de luxação Intubação orotraqueal Descompressão torácica IRED Outros: Acesso venoso Gelco n° ____ Acesso venoso Scalp n° 19 Acesso intraósseo

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO

DOSE

VIA

HORA

FÁRMACO

DOSE

VIA

HORA

02 pipipry
02 filantip 20g

25

40g

IV

IV

12:30

17:30-

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

10/09/2019 às 12:45 A Boa Vista foi acionada para atender a uma ocorrência de surto de transmissão - no local a infecção estava forte do lado da (Casa) Drambulard, Coração, Rio Fundo, no bairro primário que levou ao falecimento de um homem feito questionado por um socorrista do CBM, feita contato com a médica responsável a mesma autorizou a medicinação e posteriormente encaminhou para a unidade de saúde.

16/09 duas de luxo med. (m)

6001 Siprop 20

1601 Multe de 40x12

602 ap. pipipry

602 ap. filantip 20g.

601 Sodpp. 19.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 27/09/19
stephanie
Rubrica

Maria Cláudia Silveira
Enfermeira
CREF/RR 84.545



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Eno Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Régime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0030556-1

Nº do Nota Fiscal: 003408265

A Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	10/09/2019	266	261,08

MARIA DO CARMO DE MORAES SANTANA
TV JÚLIO PINTO 15 TANCREDO NEVES
CPF: 06024162558272
CIP: 69-313-538 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.15.125800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVA/B	DATAS DA LEITURA
Atual:	14844		Atual: 12/08/2019
Anterior:	14578		Anterior: 11/07/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 12/09/2019
Consumo Medido:	266		Emissão: 09/08/2019
Consumo Faturado:	266	FCAM	Apresentação: 12/08/2019

NORMAL

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	SI	14TDS02703-N	1507688	1.1.1.7	295
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
JUL/19	174	CONSUMO	266 A R\$ 0,772737 =	205,54	
JUL/19	210	DOAÇÃO LBV - 0800-0555099		24,00	
MAI/19	361	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		31,54	
ABR/19	443				
MAR/19	309				
FEV/19	208				
JAN/19	240				
DEZ/18	264				
NOV/18	380				
OUT/18	415				
TOTAL DE TRIBUTOS:					
IPI: R\$ 0,034620					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800-7009130 E FAÇA UPGRADE VENCIMENTO 1 E 11/10/21-26
Parabéns! Até o dia 09/08/2019, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 6360.FBF5.C3F6.4B67.E4BF.1467.0740.C50F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 52,26	Base de Cálculo: 205,54
Energia: 110,80	Aliquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 34,94
Encargos: 5,75	Valor do PIS: 0,31
Tributos: 36,73	Valor do COFINS: 1,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
1,00			4,00		0,49	

FLORESTA

06/2019

06,90

CONSULTA 14.15.116.2001

REFLEXÃO

TOTAL A PAGAR - R\$



CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM. 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO 10	DESCRÍÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15437802
DT.LEITURA ANT. 06/06/2019	DT.LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839	MÉDIA 0
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 04/2019	CONS. 0

DESCRÍÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		19,06

0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201009 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO VICTO MOREIRA FREIRE inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.354.792 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim ANTONIO VICTO MOREIRA FREIRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.354.972 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço			Número	Complemento
Rua: 05			121	
Bairro	Cidade	Telefone comercial(DDD)	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista		RR	69.317-471
Email	nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, PR de outubro de 19
Local e Data

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, JOSE AUGUSTO MOREIRA

RG nº 88.532, data de expedição 29/08/2016

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 323 242.432-53

com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SB - 02 B. DR SILVO BOTELHO nº 80

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Antonio Neto M. Ferreira, cujo o condutor era antonio neto moreira Ferreira

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/INXR150 PRO Ano: 2012

Placa: NAO 9724 Chassi: 9C2KD0550CR570709

Data do Acidente: 10/10/19

Local e Data: 10/10/2019

Jose Augusto Moreira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



1^a Classificação/Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1901160018	10/09/2019 12:51:42	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	14	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE		08/03/1981	38 A 6 M 2 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
Mãe				M		PARDA	BOA VISTA - RR	
Endereço					Pai	ESTEVAN PEREIRA FREIRE	Contato	
RUA - CC -30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
OUTROS	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.			Registrado por:		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febre <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL 25							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - <u>12:52</u> h)	<u>Acidente motociclistico, trocado pelo SAMU, sentado na moça. Regere trauma de pé 0, com dor ligeira, espontâneo, Glasgow 25.</u>							
Exame Físico	<u>Localgia em pé 0, com aparente fratura.</u>							
Hipótese Diagnóstica	<u>Fx? Realizado xírona/tanexila pelo SAMU.</u>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<u>1 Anol. ortopedia.</u>								
Conduta	<u>Dr. Luis Fernando Junges</u> <u>CRM-RR 1583</u> <u>HOPE 50 / Cirurgia Geral</u> <u>Dr. Shale</u> <u>Certifico e declaro que a presente</u> <u>cópia é da Reprodução Original</u> <u>que foi apresentada neste Hospital</u>							
Óbito								
Antes do 1 ^a Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IMI, Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				



As 13.15: Rx de pé ^(A): Seu traumas, dfo,
pequena fratura e metatarsos
Ferimentos corto - centro pequenos, +/- 2cm,
muito fundo, se segmentos óticos no
movimento.

- Cd: - Limpze + antisseptico
- Alfa cl amantadina + receta
+ atestada.

A antidiábolos

Arthur Kerttu M. Maita
Cir. Geral / Coloproctologia
CRM-RR 1512





EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Antônio Neto Moreira

Hospital General RR (13)

Dr. penitentes

RAIO X

DATA: 11/10/19

oftalmologia

HORA: 14:00

laringe

RX

Gordas na Região H02

Gordas H.c.m

Quicos + Pe (1)

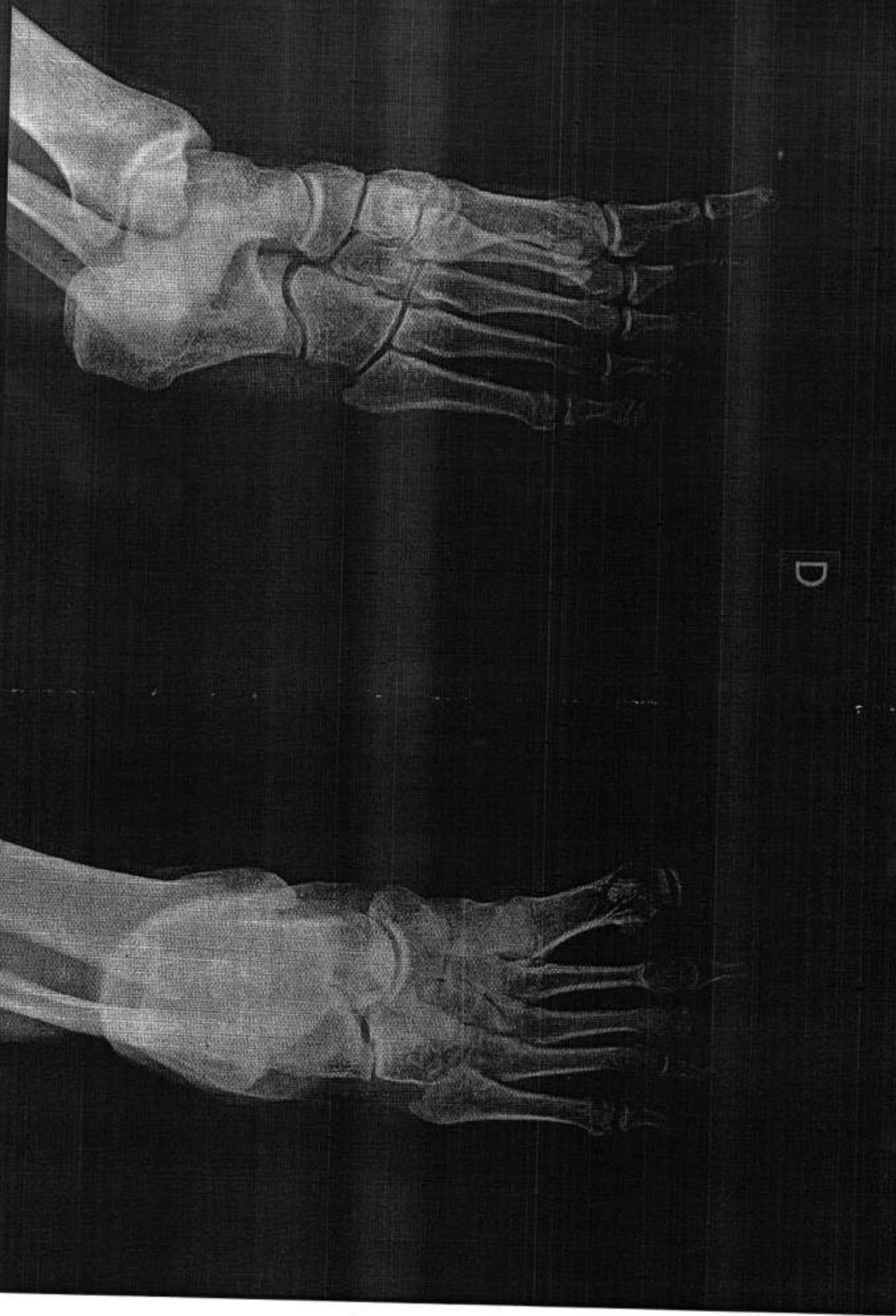
(AP-Obst.)

Dr. Odinachi Okapu
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14417-R

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

D



ANTONIO NETO M.

11389

HOSPITAL CORONEL MOTA

04/10/2019

Cloudaldo

65 5/6



REGISTRO GERAL		35703-5	DATA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
NOME:		RAIMUNDO NONATO SILVA	DATA DE EXPERTE-AF:
			28/01/2016
FILIAÇÃO:			
<p align="center">VANGELINA PEREIRA SILVA</p> <p>NATURALIDADE: VARGEM GRANDE - MA</p> <p>DATA CRISEMEI: CERTO MASC. 2560 FLS 2 LIV A 43</p> <p>VARGEM GRANDE - MA</p> <p align="right">OPF</p> <p align="right">475-628-443-91</p> <p align="right">3 VIA</p> <p align="right">ADADEU ROCHA TELAS & FILHOS</p> <p align="right">LEI Nº 7.116 DE 28/08/1983</p>			



SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURADO DPVAT

RR Nº 013042205559 / BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

01/01/2018	01/01/2019
01/01/2018	01/01/2019
01/01/2018	01/01/2019
01/01/2018	01/01/2019

01/01/2018

000461101300	HONDA/NXR150 BRASILEIRAS
2018 HAB.	9G2RD0550CR576769
01/01/2018	01/01/2019
01/01/2018	01/01/2019
01/01/2018	01/01/2019

PRÉMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)	PRÉMIO (R\$)
R\$ 81,29	R\$ 9,03
R\$ 150,13 (INÍCIO R\$)	R\$ 16,00 (INÍCIO R\$)

PRÉMIO

PARCELADO

X COTA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP/J 06.244.500/0001-04

01/01/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013042205559
DETRAN RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 00461101300
CÓD. REVENHA
VEN. TRC
EXPIRAÇÃO
2018

NOME
JOSE AUGUSTO MOREIRA

RR

PLACA
NAD9724

CHASSI
F570709

EXP. AB
2018

PRESENTE
PARTE PREDOMINANTE

1 * PRÉMIO COTA UNICA	2 * VENCIMENTO DA UNICA	3 * VENCIMENTO DA UNICA
P *	V *	A *
* * PAGOU COTA UNICA	* * PAGOU COTA UNICA	* * PAGOU COTA UNICA
PREFÍXO TARIFÁRIO (R\$)	R\$ 9,03	R\$ 16,00 (INÍCIO R\$)

SEM REDEEMPTO DE OBSERVAÇÕES	PERMITIDA SAIR DA ÁREA
MAT. DE 11/12/2018	Francisco Bezerra Marques
DIRETOR PRESIDENTE	LIDEIR BRASIL RR
BDA VISTA-RR	23/04/2018

CONTRAN

Todos os direitos reservados

Exclusivo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT
562125

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416879/19

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF: 701.354.792-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA
FREIRE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE : 701.354.792-15

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: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Neto Moreira Freire
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
 RG: 193283 CPF: 701-354-792-15 ENDEREÇO: RUA/AV,
R. trav. Júlio Pinto, N° 15
 BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR
 CEP 69313-538

VÍTIMA: Antônio Neto Moreira Freire
 CPF: 701-354-792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
 NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: Pecuário
 Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
 Nº CPF: 475.628.463-91
 ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.

Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Neto Moreira Freire
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
 RG: 193283 CPF: 701-354-792-15 ENDEREÇO: RUA/AV,
R. trav. Júlio Pinto, N° 15
 BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR
 CEP 69313-538

VÍTIMA: Antônio Neto Moreira Freire
 CPF: 701-354-792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
 NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: Pecuário
 Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
 Nº CPF: 475.628.463-91
 ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.


Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416879/19

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF: 701.354.792-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE : 701.354.792-15

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: 26/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2014

Carta nº: 5021623

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vitima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
Data Acidente: 23/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta n°: 5297860

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vitima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
Data Acidente: 23/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060821-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

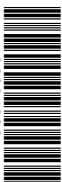
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta n°: 5297861

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vitima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
Data Acidente: 23/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060821-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014744272 - 1

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CC 30 nº 461 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA/RR

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 193283 - SSP

Data local do exame: 22/09/2014 BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO 5 METATARSO A DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MEDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO DISCRETA NA MOBILIDADE DO PE DIREITO E NA FLEXO EXTENSAO DO 5 PODODACTILO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

PE DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 22/09/2014

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM



Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM: 2678/AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 29/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 00000060821-1

Nr. da Autenticação 37E91C054AEC0425



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antônio Neto Moreira FreirePORTADOR(A) DO RG N° 193.283EXPEDIDO POR SSPI RREM 06/06/08CPF 40135479215 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo.E RENDA MENSAL DE R\$ (*)(*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Neto Moreira Freire, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

RESINTRAN

28 AGO 2014

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 003 - AGÊNCIA 050-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 60.823-1 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Boa Vista/RR, DATA 31/08/14ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) ANTONIO NETO M. FREIRE ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BANCO DO BRASIL S.A.
14/08/2014 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.15.32
0812172608

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0250-X CONTA: 60.821-1
CLIENTE: ANTONIO NETO M. FREIRE

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
31/07/2014		0,00C
Saldo Anterior		0,00C
01/08/2014		
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
Saldo		0,00C
05/08/2014		



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT**



BOLETIM DE OCORRENCIA N°: 552 - B / 2014 Boa Vista - RR, em 17/07/2014

COMUNICANTE: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

RG: 193283 **O. EXPEDIDOR: SSP/RR** **CPF: 701.354.792-15**

ENDEREÇO: RUA CC:30 **Nº:461**

BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS **CIDADE: BOA VISTA**

SEXO: M **PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO**

NATURALIDADE: CARACARAÍ ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1981 **IDADE:** 33 **GRADUACAO:** MEDIO

ESTADO CIVIL : SOLTEIRO(A) TELEFONE: 95-9141-4727 N° REG CNH: 04155567470

NOME DO PAI: ESTEVAN PEREIRA FREIRE

NOME DA MÃE: NEUZA MOTTA MOREIRA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 18:30:00 do dia 23/05/2014, na Rua AV : TANBAU

Bairro: **EQUATORIAL** - Municipio: **BOA VISTA**

Aconteceu o seguinte fato:

Municipio: BOA VISTA

A VITIMA ACIMA CITADA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125FANKS DE PLACA DE PLACA NAU2699 CHASSI:9C2JC4110CR412477 DE PROPRIEDADE DO SR:JOÃO NETO DE SOUSA DA SILVA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A SUA FRENTES FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAISSE. A VITIMA SOFRU VARIAS LESÕES PELO CORPO E FOI ENCAMINHADO PELE EQUIPE DO SAMU AO PSE H.G.R

RESINTRAN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

•1004026•

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVICOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: DPVAT. REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

Fábio Marcos S. Fernandes e Antonio Neto M. FREIRE
INSCRIÇÃO - B **Comunicante**

INSCRIÇÃO - B

Comunicante

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 2014744272	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez
Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE	Data do acidente: 23/05/2014	Emissor do parecer: Erica Marinho Silva Lima
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 2678

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5 METATARSO A DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO DISCRETA NA MOBILIDADE DO PE DIREITO E NA FLEXO EXTENSAO DO 5 PODODACTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes:

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 22/09/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 6.750,00

Médico avaliador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

UF do CRM do médico: AM

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	25

Valor avaliado: 1.687,50

1004040

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA


Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Eraldo Góes, 551 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Mat. Tributária: 24.007.022-3
 Nôvo Padrão / Conta de Energia Elétrica - Série 3-01
 Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ/RR/13

 Para contato com a
 Eletrobras, informe
 este NÚMERO
SEU CÓDIGO**105136-9**Nº da Nota Fiscal: **000041779**A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.435 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2014	01/08/2014	121	48,90

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
 R. CC 30 461 SENADOR HELIO CAMPOS
 CPF: 000070135479215
 CEP: 69.318-145 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.03.165400

DATA DA LEITURA	DATA	KWh	DATA DA LEITURA	DATA	KWh
Atual:		5876	Atual:	17/07/2014	
Aterior:		5755	Aterior:	16/06/2014	
Total de Consumo:		1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014	
		121			17/07/2014

121 FCAM

NORMAL Fator de Potência: Dias de Com. venc.: 31

TÍTULO DE GARANTIA DO CONSUMIDOR

Censo Residencial Lugar do Nome da Medidor Posto Código TEL Média 12 meses

ESTACIONAL MONO E2730351 M 1315681 1.1.1.1 144

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano	Consumo	121 A R\$ 0,305946 =	37,01
JUN/14	119	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/14-00	0,04
MAI/14	123	MULTA POR ATRAZO DE I 05/14-00	0,60
ABR/14	120	JUROS DE MORA POR ATR 05/14-00	0,10
MAR/14	153	MULTA POR ATRAZO 05/14-00	0,75
FEV/14	125	JUROS DE MORA DE IMPO 05/14-00	0,38
JAN/14	163	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	10,02
DEZ/13	170		
NOV/13	161		
OUT/13	162		
SET/13	144		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ 121 - 0,247500			

ATUAL SEGUROS DPVAT/RR

Contato: (95) 9157-0123

(95) 3224-1256

AVISO DE MUDANÇAS IMPORTANTES (EXCEPÇÃO DE VENCIMENTO)

Informamos que a partir de 01/08/2014, o não pagamento por
 energia elétrica a partir de 01/08/2014, não ensejará mais a inclusão do nome do consumidor na
 SEDIS. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar
 este aviso.

TRE-RR NA CAMPANHA VOTO ÉTICO 2014. SUA PARTICIPACAO É FUNDAMENTAL
 PARA CONSTRUIR UM PAÍS MAIS JUSTO
 LIGUE 080007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21

RESINTRAN

28 AGO 2014

RESERVADO AO FISCO 8286.F6A9.97C0.3C1D.AEEE.C1F4.7177.E588		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Composição da Conta - R\$		Base de Cálculo:	37,01
Distribuição:	13,77	Alíquota ICMS:	17,00%
Energia:	14,19	Valor do ICMS:	6,29
Transmissão:	0,00	Valor do PIS:	0,13
Encargos:	2,00	Valor da COFINS:	0,63
Tributos:	7,05		

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC	FIC	DMIC	DICRI	
Límite	6,03	12,06	24,12	4,35	8,71
Refinado	0,48			1,00	0,48
Conjunto DISTRITO			Período de apuração:	05/2014	USO: 13,39

ROT: 7.001.28.03.165400


Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Eraldo Góes, 551 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Mat. Tributária: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
105136-9	48,90
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2014	01/08/2014

Nº da Nota Fiscal: 000041779 FCAM

83690000000 8 48900075000 5 00000000105 7 13690714008 3

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

1400264253		23/05/2014 19:21:07		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-07 8			
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	Prontuário		
ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE		08/03/1981		33 A 2 M 15 D							
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDAD						M		PARDA	BOA VISTA		
Mãe				Pai							
NEUZA MOTA MOREIRA				ESTEVAN PEREIRA FREIRE							
Endereço				Contatos							
RUA - CC -30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR				Cell: 9591162725 - Cel2: 9591414727 ..							
Class. de Risco	Plano Convenio		N da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE										
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedencia		Temp.		Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA										
Selar	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL								CLEIRANDESON		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório. <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue										
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL <input type="checkbox"/>					
					AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)	<p><i>Vt i v queja d co ns ne d1 celo uel d gos q velas d plebaclha</i></p> <p><i>28 AGO 2014</i></p>										
Exame Físico	<p><i>Eldnor Coçf</i></p>										
Hipótese Diagnóstica	<p><i>Pel/trauma . Fratura 5º metatarso d</i></p>										
SADT - Exames Complementares	<p><input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____</p>										
PRESCRIÇÃO	<p><i>Alaplio</i></p>					APRAZAMENTO	<p><i>003249</i></p>				
Conduta	<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____</p>					<p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação</p>	<p><i>Hospital Geral de Roraima SAME/MGR ENTREGUE ASS:</i></p> <p><i>11/05/2014</i></p> <p><i>Certifico que a ficha está de acordo com o original Ass.: _____</i></p>				
Óbito						Data e Hora da Saída/Alta:					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família										
<p>Assinatura do Paciente ou Responsável</p>					<p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>						
<p>DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR</p>										*1004	
										1400264253	

OR-OP-00013 23/05/19

Tratamento em P^o ESG -
PL: mostrado para o 5º mês (D)

(D) - Imobilização

- Arco

- Redondo

- ondulado

- Atendido

DM (D)

Fábio Ferreira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1553

Reconstruir Aº TRAUMA



003249



VAS

Dr. Willian Jorge F. Neves

CRM-RR 125

CIRURGIA GERAL - GASTROENTEROLOGISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PERITO LEGISTA

Antonio metó molte trece
ultime de ai dunt de trauks
a plenete.
Edene trauksa tice en aline
do ni' dure fo, un-tace
do specimen ts do 5^o metá-
tico de pe-dure fo obviado
a hinc trauksa.

RESINTRAN

28 AGO 2014

14 14
28

Dr. William Jones F. Niles
MÉDICO



REGISTRO GERAL 193263 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/05/1983

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

PILHAÇÃO
ESTEVAN PEREIRA FREIRE
NEUZA MOTTA MOREIRA

NATURALIDADE
ACAILÂNDIA - MA DATA DE NASCIMENTO 09/03/1981

CERTO NASC 8882 FLS 257 LIV A-18
CARACARAÍ - RR

GEE 701.354.792-15 2 VIA *(Assinatura)*
Rita de Cássia Coutinho de Araújo
Diretora do IIIC

LEI Nº 7.116 DS 20/06/83

RESINTRAN

28 AGO 2014

ATUAL SEGUROS DPVAT/RR
Contato: (95) 9157-0123
(95) 3224-1256

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Neto Moreira Freire, portador da carteira de identidade nº 193.283 e inscrito no CPF/MF sob o nº 401.354.792-15, residente e domiciliado na Rua: CC-30, 461 - Senador Hélio Campos, Cidade Boa Vista, Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS

1004054



RESINTRAN

28 AGO 2014

ANTÔNIO NETO M. FREIRE

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista/RR, 14.08.14.

Local e data