

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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª 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, nexos 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 incontroverso 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.

⁵**Súmula 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 seqüela 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 LEMOS 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.”

⁸ art.

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 demasiado 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 honorários 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 exposto 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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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					
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; **JOSELAINÉ 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

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

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

Valoração 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: 4 - Nome completo da vítima:

701-354-792-15 ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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

5 - Nome completo: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

7 - Profissão: RECURSOL 8 - Endereço: TRAVESSA JÚLIO PINTO 6 - CPF: 701-354-792-15

11 - Bairro: TANQUEDO NOVO 12 - Cidade: BOA VISTA 9 - Número: 15 10 - Complemento: CASA

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-313-538

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 BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR OU CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00050545 2

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

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

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

☐ 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 Líder 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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 14/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:

701-354-792-15 ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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

5 - Nome completo: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

7 - Profissão: RECURSOL 8 - Endereço: TRAVESSA JÚLIO PINTO

11 - Bairro: TANCECO NEUCS 12 - Cidade: BOA VISTA

13 - Estado: RR 14 - CEP: 69-313-538

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel (DDD): 95 91144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR OU CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00050545 2

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

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

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

☐ 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 Líder 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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 14/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

43 - Assinatura do Procurador (se houver) RAIMUNDO MONATO SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (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)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: deusa leitão

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 - Açailândia

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

Nº: s/n lote 61 q 84

Bairro: cidade satélite

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 contrario 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 iformar 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



ANTONIO NETO M. FREIRE
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)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: deusa leitão

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 - Açailândia

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

Nº: 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 contrario 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 iformar 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



ANTONIO NETO M. FREIRE
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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Estado (e) (l) (p) de cobertura: ☐ DAVIS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - At do doente ou ASL: ☐ 3 - CPF do titular: **701.354.792-15** 4 - Nome completo da vítima: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 048/2012

5 - Nome completo: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE** 6 - CPF: **701.354.792-15**

7 - Profissão: **RECEISSION** 8 - Endereço: **TRAVESSA Julho Pinto** 9 - Número: **15** 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **PANDEIRO NOVO** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **69.313-538**

15 - E-mail: **marcelosilva638@gmail.com** 16 - Telefone: **951.91144021**

17 - Nome completo do Representante Legal: **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

18 - CPF do Representante Legal: **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

19 - Profissão do Representante Legal: **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ CONTA POUPEANCA (somente para o beneficiário em situação de invalidez)

☐ Bradesco (287) ☐ Itaú (343) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Banco de Brasília (002)

AGÊNCIA: **3027** CONTA: **00050545** AGÊNCIA: **000** CONTA: **000**

Nome da agência: **00050545** Nome da conta: **000**

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

☐ Não há IML que atenda a exigência ou da minha residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a exigência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a exigência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐ Não há IML que atenda a exigência ou da minha residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a exigência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a exigência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio da análise, selado o procedimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, declaro, desde já, que me submeto à avaliação médica das perícias da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente da ocorrência de sinistro, conforme Lei 6.364/74, art. 59, § 1º, declarando que esta subscricção não significa prévio conhecimento com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito da concessão, caso contrário do aqui estipulado.

24 - Grau de incapacidade com perícias: ☐ 25 - Víctima deixou de trabalhar: ☐ Sim ☐ Não

26 - Víctima deixou de trabalhar: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se vítima deixou de trabalhar, informar o nome completo: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

28 - Víctima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se vítima tiver filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

30 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

31 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

32 - Se vítima tiver filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

33 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

34 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

35 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

36 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

37 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

38 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

39 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

40 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

41 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

42 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

43 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

44 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

45 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

46 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

47 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

48 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

49 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

50 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

51 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

52 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

53 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

54 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

55 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

56 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

57 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

58 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

59 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

60 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

61 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

62 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

63 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

64 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

65 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

66 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

67 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

68 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

69 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

70 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

71 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

72 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

73 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

74 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

75 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

76 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

77 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

78 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

79 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

80 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

81 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

82 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

83 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

84 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

85 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

86 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

87 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

88 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

89 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

90 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

91 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

92 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

93 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

94 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

95 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

96 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

97 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

98 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

99 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

100 - Víctima tem filhos, informar: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

34 - Imprescindível a assinatura de quem assina a seguinte declaração:

35 - Nome legal de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

36 - CPF legal de quem assina a seguinte declaração: **701.354.792-15**

37 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

38 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

39 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

40 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

41 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

42 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

43 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

44 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

45 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

46 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

47 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

48 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

49 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

50 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

51 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

52 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

53 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

54 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

55 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

56 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

57 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

58 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

59 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

60 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

61 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

62 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

63 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

64 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

65 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

66 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

67 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

68 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

69 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

70 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

71 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

72 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

73 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

74 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

75 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

76 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

77 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

78 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

79 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

80 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

81 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

82 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

83 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

84 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

85 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

86 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

87 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

88 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

89 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

90 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

91 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

92 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

93 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

94 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

95 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

96 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

97 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

98 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

99 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

100 - Assinatura de quem assina a seguinte declaração: **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

40 - Local e Data: **BOA VISTA 14/10/19**

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**

43 - Assinatura do Procurador (se houver): **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE**



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0030556-1

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - 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
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003408265

A Tivita Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

MARIA DO CARMO DE MORAES SANTANA
TV JOÃO PINTO 15 TANCREDO NEVES

CPF: 066024162558272

CPF: 69.313-538 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.15.125800

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	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

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14TDS02703-N	1507683	1.1.1.1	295

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 274	CONSUMO 266 A R\$ 0,772737 = 205,54
JUN/19 210	DOACAO LBV - 0800-0555099 24,00
MAY/19 361	ILUMINACAO PUBLICA 31,54
ABR/19 443	
MAR/19 309	
FEV/19 208	
JAN/19 240	
DEZ/18 264	
NOV/18 380	
OUT/18 415	
TOTAL SEM TRIBUTOS: 2.504,00	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800-7019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 e 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 09/08/2019, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 636D.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	Alíquota 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

CAER

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	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		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 Nº 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 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



CAER

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 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 NETO MORAES FREIRE inscri (a) no CPF sob o Nº 701.354.792 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítim ANTONIO NETO MORAES FREIRE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.354.792 / 15, conform 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	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

BOA VISTA, RR de Outubro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
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

RODAÍMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SB-02 B. DR SILVO BOTEALHO, 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. FREIRE, cujo o condutor era

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BRO2 Ano: 2012

Placa: NAO 9724 Chassi: 9C2KD0550CR570709

Data do Acidente: 10/09/19

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)

DANIEL AQUINO
CPF: 14897033975-00000000000
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de JOSE AUGUSTO MOREIRA
Em testemunho de verdade, B.O.C.
Do que deu fé, Boa Vista/RR, 10 de outubro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em www.portalser.com.br
REC/FIR166296UBK92K2HQ1UCHG67

Certificado do 1º Ofício de Boa Vista
Data: 10/10/2019
Assinatura: Daniel Aquino
CPF: 14897033975-00000000000

148970
Assinatura Autorizada



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª 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 **ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE** Data Nascimento **08/03/1981** Idade **38 A 6 M 2 D** CNS CPF Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
M **PARDA** **BOA VISTA - RR** **BRASILEIRA**

Mãe **NEUZA MOTA MOREIRA** Pai **ESTEVAN PEREIRA FREIRE** Contato **(95) 99116-2725**

Endereço **RUA - CC - 30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento **OUTROS** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **EDVAN NASCIMENTO**

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

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

25

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **12:52h**) **Acidente motociclistico, trazido pelo SAMU, sentada na moto. Lesão traumática de pé D, com lesão leve.**

Exame Físico **Estável, euforico, Glasgow 15. Rotador em pé D, com aparente fratura.**

Hipótese Diagnóstica **fx? Realizado xifano/taxexon pelo SAMU.**

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

2 Anal. ORTÓPEDIA.

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **ORTOPEDIA**

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 10/09/2019 12:53:10

Dr. Marcus Brunner
Dr. Marcus Brunner
Médico
CRM-RR 1917



1901160018

13.15: Rx de pe ^(A): ser naturais, dfo,
pequena fratura em metacarpo
* Ferimento corto-centuro pequeno, +/- 2cm,
profundo, se sangramento ativo no
momento.

Cd: - Limpeza + sutura
- Alta cl orientações + receita
+ atestado.

A entrega

Kurina Kendra M. Marinho
Cirurgiã Geral / Coloproctologista
CRM 1512





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



RECEITUÁRIO

NOME:

Antonio Neto Moreira

Hospital General Elise

(13)

Dr. penitentes

RAIO X

DATA: 11/10/19

HORA: 14:00

RX

OK Otis 12

Gravidez na Kingman #02

Gravidez H.C.M.

Raios + Pe (7)

(48-06-2019)

Dr. Odinachi Okeke
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12811/R

DATA

10/09/19

ASSINATURA E CARIMBO

D



ANTONIO NETO M.

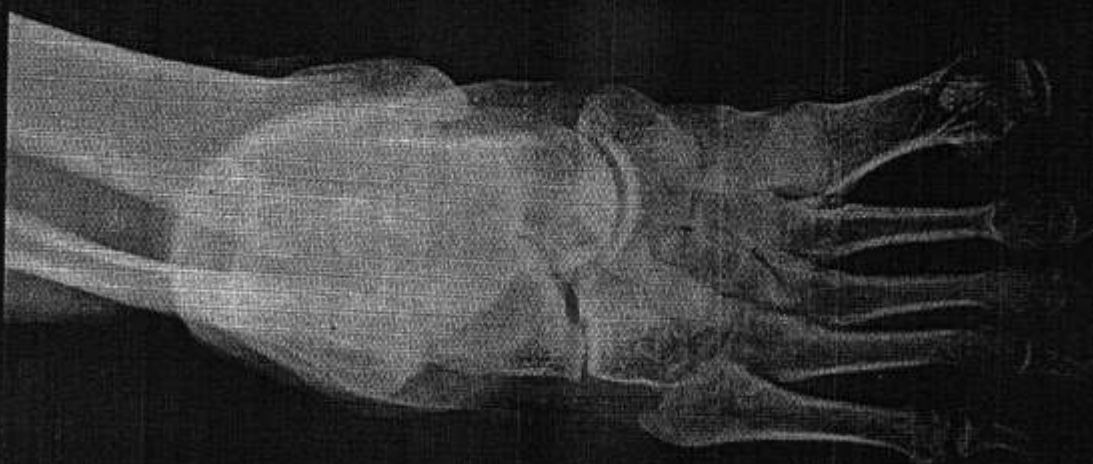
11389

HOSPITAL CORONEL MOTA

04/10/2019

Claudioaico

65.5%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

ANTONIO RETO MOREIRA FREIRE

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSORA

193283 882 RR

CPF

701.154.792-15

DATA NASCIMENTO

08/03/1981

PLACAO

ESTEVAN FREIRE FREIRE

NEUZA MOTA MOREIRA

PERMISSÃO

RECONHECIMENTO

AGE

23/08/2000

CATEGORIA

A

NR REGISTRO

04155567470

VALIDADE

15/05/2023

VALIDADE

01/08/2007

Observações

A

Assinatura do Portador

Antonio Reto Moreira Freire

LOCAL

BOCA VISTA - RR

DATA DE EMISSÃO

16/03/2018

Assinatura do Emissor

ANTONIO FRANCISCO BENEITA MARQUES

DIRETOR PRESIDENTE

DETRAN-RR

99971980245

RR209658924

RR RORAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1650859641

PROIBIDO PLASTIFICAR

1650859641

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posição Direita



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIENTE 28/01/2016

NOME **RAIMUNDO NONATO SILVA**

FILIAÇÃO

NOME **VANGELINA PEREIRA SILVA**

NATURALIDADE **VARGEM GRANDE - MA**

LOCAL DE NASCIMENTO **CERTID. NASC. 2560 FLS 2 LIV A 43**

DATA DE NASCIMENTO **15/09/1968**

CPF **475.628.463-91**

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL
Município de Vargem Grande

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/07/2018

CPF/CNPJ 323.242.432-53

PLACA NA009724

RENAULT HONDA/NXR150 BROS ES

2012 9C2KD0550CR5707059

PRÊMIO TARIFÁRIO

INSS (R\$) R\$81.29
JORNAL (R\$) R\$9.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.32

R\$190.64
R\$190.64
R\$190.64

PARCELADO
DATA DE VENCIMENTO 13/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.608/0001-04

23/7/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR Nº 013042205559
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2018

JOSE AUGUSTO MOREIRA

PLACA NA009724

323.242.432-53

PLACA ANT/LUB 9C2KD0550CR5707059

HONDA/NXR150 BROS ES

2012 9C2KD0550CR5707059

PARTELA

VENC/COTAS

1 *****
2 *****
3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$190.64

SEM RECEBEMOS DE DANOS 2 PROIB SAIR DA A

MAT DEID Antonio Francisco Bezerra Marques

BOA VISTA-RR 23/07/2018

23/07/2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
562125

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416879/19

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF: 701.354.792-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA
FREIRE

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
NACIONALIDADE: BRAZILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354.792-15 ENDEREÇO: RUA/AV.
R. Trav. Julio Pinto, Nº 15
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR _____
CEP 69.313-538

VÍTIMA: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
CPF: 701-354.792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: RECURSO
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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.



ANTONIO NETO M. FREIRE
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
NACIONALIDADE: BRAZILEIRO ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354.792-15 ENDEREÇO: RUA/AV.
R. Trav. Julio Pinto, Nº 15
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BOA VISTA /RR _____
CEP 69 313-538

VÍTIMA: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
CPF: 701-354.792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: RECURSO
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 Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

BOA VISTA, 10 de OUTUBRO de 2019.



ANTONIO NETO M. FREIRE
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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF de: Próprio

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

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

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta nº: 5297860

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vítima: 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 nº: 5297861

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Sinistro: 2014744272
Vítima: 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 Vitimas 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 complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MEDICA DEFINITIVA

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem seqüela 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)

PE DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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 Cezar 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: 000000060821-1

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, Antonio Neto Moreira Freire
 PORTADOR(A) DO RG Nº 193.283 EXPEDIDO POR SSPI RR EM 06/06/08 E
 CPF 401354792-15 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Autônomo,
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio 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



RESINTRAN

28 AGO 2014



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);

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 0050-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 14/08/14ASSINATURA 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
08j2172608

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

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

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
31/07/2014		
Saldo Anterior		0,00C
01/08/2014		
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Debito	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 Nº: 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

GRAU DE INSTRUÇÃO: MEDIO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

TELEFONE: 95-9141-4727

Nº REG CNH: 04155567470

NOME DO PAI: ESTEVAN PEREIRA FREIRE

NOME DA MÃE: NEUZA MOTA MOREIRA

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

Bairro: **EQUATORIAL**,

Município: **BOA VISTA**

Aconteceu o seguinte fato:

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 FRENTE FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAISSE.A VITIMA SOFREU VARIAS LESÕES PELO CORPO E FOI ENCAMINHADO PELE EQUIPE DO SAMU AO PSE H.G.R

BOLETIM DE OCORRENCIA

RESINTRAN

1004026



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.
OBSERVAÇÃO: DPVAT. REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

Antonio Marcos S. Fernandes
INSCRIÇÃO - B

ANTONIO NETO M. FREIRE
Comunicante

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

DESPACHO

2210114

- () Fato Atípico. ARQUIVE-SE;
 () Aguarde-se novos fatos;
 () Intime-se para novas declarações;
 () Outros _____

Conferente / Recebedor

DAT

AGENTE DE PC
 CONFERIDOR

DELEGADO

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

Perda funcional completa de um dos pés

% Dimensão Graduação

50 1 25

Valor avaliado: 1.687,50

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.027.022-3
Nota Fiscal de Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela EEFAP 388/13

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 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2014	01/08/2014	121	48,90

ANTONIO NETO NOREIRA FREIRE
R. CC 30 461 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00070135479215
CEP: 69.318-145 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.03.165400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	5876	Atual:	17/07/2014
Anterior:	5755	Anterior:	16/06/2014
Consumo:	1,000	Próxima Leitura:	17/08/2014
	121	Consumo:	17/07/2014
	121	FCAM	

NORMAL

Fator de Potência:

Classe de Consumo: 31

TIPO DE CONSUMIDOR	Localidade	Número Medidor	Posto	Código	Mês
RESIDENCIAL	MONO	E2730351	M 1315681	1.1.1.1	144

MÊS	CONSUMO (KWh)	CONSUMO (KWh)	CONSUMO (KWh)
JUN/14	119	CONSUMO	121 A R\$ 0,305946 = 37,01
MAI/14	123	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/14-00	0,04
ABR/14	120	MULTA POR ATRASO DE 1 05/14-00	0,60
MAR/14	153	JUROS DE MORA POR ATR 05/14-00	0,10
FEV/14	125	MULTA POR ATRASO 05/14-00	0,75
JAN/14	163	JUROS DE MORA DE IMPO 05/14-00	0,38
DEZ/13	170	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	10,02
NOV/13	161		
OUT/13	162		
SET/13	144		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
U A 121 - 0,347500

ATUAL SEGUROS DPVAT/RR

Contato: (95) 9157-0123

(95) 3224-1258

MENSAGENS IMPORTANTES E PRECISÃO DE VENCIMENTO

06/2014 49,60
Unidade consumidora pública - consumo de energia elétrica a partir de 01/05/2014. O não pagamento por-
dora enajenar também a inclusão do nome do consumidor na
SERVÇA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.

TRE-RR NA CAMPANHA VOTO ÉTICO 2014. SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTA
L PARA CONSTRUIR UM PAÍS MAIS JUSTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21

RESINTRAN

28 AGO 2014

RESERVADO AO FISCO 8286.F6A9.97C0.3C1D.AEEE.C1F4.7177.E588

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 13,77	Base de Cálculo: 37,01
Energia: 14,19	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 6,29
Encargos: 2,00	Valor do PIS: 0,13
Tributos: 7,05	Valor do COFINS: 0,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE	DIC	FIC	DMIC	DICRI
Limite	6,03	12,06	24,12	4,35
Realizado	0,48	1,00	17,42	3,54

Composto DISTRITO

Período de apuração: 05/2014 EUSD: 13,39

ROT: 7.001.28.03.165400

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.027.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
105136-9	48,90
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2014	01/08/2014
Nº da Nota Fiscal:	FCAM
000041779	

836900000000 8 489000075000 5 00000000105 7 13690714008 3



1004040

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



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: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE Data Nascimento: 08/03/1981 Idade: 33 A 2 M 15 D CNS: CPF: Prontuário:
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: PARDAS Raça/Cor: BOA VISTA Naturalidade:
IDENTIDADE Mãe: NEUZA MOTA MOREIRA Pai: ESTEVAN PEREIRA FREIRE Contatos: Cell: 9591162725 - Cel2: 9591414727 --
Endereço: RUA - CC - 30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: Plano Convenio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Carate do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedencia: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: CLEIRANDESON

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

Anamnese de Enfermagem: GSC: TOTAL: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) *nto com queixa de trauma no pé direito e dor no joelho direito*
Exame Físico: *Edema local* RESINTRAN 28 AGO 2014

Hipótese Diagnóstica: *Holotrauma. Fratura 5ª metatarso D*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO: *Atenção* APRAZAMENTO: 003249 OBSERVAÇÃO:
Hospital Geral de Roraima SAME/HGR ENTREGUE ASS: *[Assinatura]*
Hospital Geral de Roraima SAME/HGR 17/08/2014 A
Certifico que a cópia está de acordo com o original Ass: *[Assinatura]*

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



*1004



1400264253

ortopedia 23/05/14

Trauma em pé esquerdo.
PC: mostra fratura de 5º met (D)

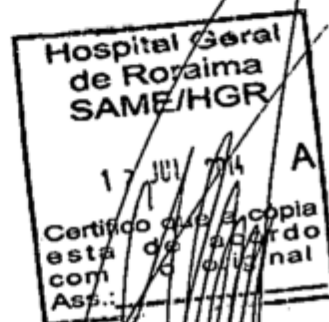
- CD: Imobilização
- Alve
 - Redução
 - Orientação
 - Atividade

Referência AO Trauma


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



003249



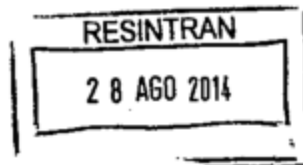
Dr. Willian Jorge F. Neves

CRM-RR 125

CIRURGIA GERAL - GASTROENTEROLOGISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PERITO LEGISTA

Antonio Neto Moraes Trave
vítima de acidente de trânsito
apresenta:
edema traumático em dorso
da mão direita, limitação
dos movimentos do 5º metacarpo
devido ao acidente
a lesão traumática.



14 14
08

Dr. Willian Jorge F. Neves
MEDICO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polígono Direito

ANTONIO NETO M. FREIRE

ACERTADO EM 01/11/14

CARTeira DE IDENTIDADE

RESINTRAN

28 AGO 2014

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 193283 DATA DE EMISSÃO 06/05/2008

NOME ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

FILIAÇÃO ESTEVAN PEREIRA FREIRE

NEUZA MOTA MOREIRA

NATURALIDADE AÇAILÂNDIA - MA DATA DE NASCIMENTO 08/03/1981

DOC. REGISTRO CERT. NASC 8882 FLS 257 LIV A-18

CARACARAI - RR

CPE 701.354.792-15

2 VIA Rita de Cássia Coelho de Araújo - Diretora do IIIC

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

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 701.354.792-15 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
- (X) 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



ANTONIO NETO M. FREIRE

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RESINTRAN

28 AGO 2014

Boa Vista/RR, 14.08.14.

Local e data