



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE ANTONIO NETO MOREIRA FARIAS brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Func. Público,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 1933283 SSP/RR
e inscrito(a) no CPF/MF nº 701.354.792.15, residente e domiciliado
(a) na TRAV. Julho Pinto, nº 15,
Bairro: TANCREDO NEVES, no
município BOA VISTA /RR, telefone: (95) 991651589, E-mail:
_____, vêm através de seu advogado in fine
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus
procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

BOA VISTA /RR 22, de MAIO de 2020.

ANTONIO NETO MOREIRA FARIAS

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza Lima
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

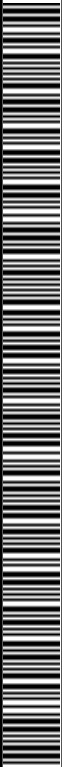
EU: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE,
estado civil Solteiro, RG nº 1933283 SSP/RR, e CPF
nº 701 354 972-15, residente e domiciliado (a) na
TRU Tulho Pinto Nº 15 Bairro:
TANCREDO NEVES, Cidade BOA VISTA RR.
- Roraima, telefone (95) 991651589.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

BOA VISTA RR, 22 de MAIO de 2020.

ANTONIO NETO M FREIRE

DECLARANTE





RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.479/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 360/13

Para contato conosco informe este número

Nº da Nota Fiscal: 003408265

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

SEU CÓDIGO

0030556-1

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

MARIA DO CARMO DE MORAES SANTANA
TV JOIÃO PINTO 15 TANCREDO NEVES
CPF: 06024162558272
C/P: 09.313-538 - 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.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14TDB02703 N 1507688		1.1.1.2	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
MAT/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		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIQUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 10.11.16.21.26
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

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
1,00			4,00			0,49	
FLORESTA				06/2019		08,90	
TOTAL A PAGAR - R\$							

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXBJ AJS2D 4TD42 CUA2K

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - RR Nº 013042205559	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO EXERCÍCIO 2018		RNTIC 01 00461101300	
VIA 01 00461101300		COD. RENAVAM 01 00461101300	
JOSE AUGUSTO MOREIRA CHASSI 9C2K00550CR570709		PLACA NA09724	
RR		COMBUSTÍVEL ALCO/BSUL	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/TAQ APTIC.		ANO FAB 2012	
MACA/MODELO HONDA/NXR150 ER05 ES		ANO MOD. 2012	
CAP./POT./OL 2P/0143CE/		CATEGORIA PARTICUL	
COTA UNICA *PAGU*		VENC./COTAS 1*****	
FAIXA L.P.V.A. **PAGU COTA UNICA**		2*****	
A		3*****	
PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.7		PREMIO TOTAL (R\$) R\$0.7	
DE MES MAI		DATA DE PAGAMENTO 13/07/2018	
SEM RESERVA DE DOUTORADO * PROIB SAIR DA A			
MAZ 0610			
Antonio Francisco Deserti Marques Director Presidente			
BOA VISTA-RR		LOCAL BOA VISTA-RR	
DATA 23/07/2018		DATA 23/07/2018	





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: deusa leitão

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - 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
Bairro: cidade satelite
Telefone: (95) 99165-1589 (Celular)

Nº: s/n lote 61 q 84

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

DAT	ASSINATURAS
 Francinelson Cardoso Froz Agente Carcerário Matrícula 042000582 Responsável pelo Atendimento	 Antonio Neto Moreira Freire (Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado de Gestão Estratégica e Administração - SEGAD
Contra-Cheque Estadual



LOTAÇÃO	MES/ANO	
SECRETARIA DE EST. DE TRABALHO E BEM ESTAR SOCIAL	1 / 2020	
NOME	MATRÍCULA	
ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE	040001604	
CARGO / TIPO		
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS / EFETIVO		
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE
BANCO DO BRASIL SA	00250	608211
SITUAÇÃO DO SERVIDOR	PIS/PASEP	CPF
*****	12589241668	70135479215

TIPO	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VALOR
P	INSALUBRIDADE		R\$: 270,99
P	VENCIMENTO EFETIVO		R\$: 1.354,93
P	ADICIONAL NOTURNO		R\$: 135,49
P	SALARIO FAMILIA		R\$: 48,62
D	PENSAO ALIMENTICIA RL	1/1	R\$: 300,87
D	CONVENIO POLICARD	24/48	R\$: 57,64
D	CARTAO POLICARD	1/1	R\$: 44,01
D	EMP. B. DAYCOVAL	31/96	R\$: 117,36
D	EMP. B. DAYCOVAL	42/96	R\$: 82,03
D	EMP. B. DAYCOVAL	35/96	R\$: 75,55
D	EMP. B. DAYCOVAL	47/96	R\$: 32,47
D	EMP. BANCO PANAMERICANO	71/84	R\$: 17,91
D	MENS. SINTRAIMA	1/1	R\$: 6,77
D	IPER	1/1	R\$: 149,04
D	EMP. BANCO BMC	82/84	R\$: 30,40

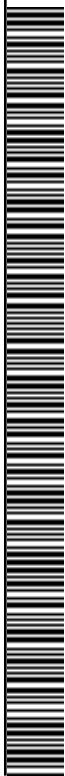
PROVENTOS	DESCONTOS	TOTAL LÍQUIDO
R\$: 1.810,03	R\$: 914,05	R\$: 895,98

VALIDAÇÃO	SERIAL
www.servidor.rr.gov.br	OD8N7HM0ME1HEULYN-736

MENSAGEM:

Para consultar sua margem, acesse o site do servidor e clique no menu consignação.

Impresso em: 27 DE FEVEREIRO DE 2020



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

5 miles: ridge south of

46. 193283 557 82.

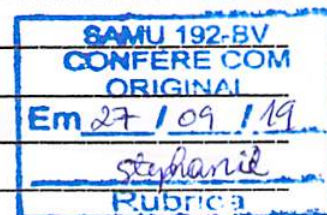
PERTEN DO PACIE	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF:	☒ Contrações com duração > 30s	☒ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☒ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-ventilador: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☒ RED	☐ Outros:
☒ Acesso venoso Gelco n°	☒ Acesso venoso Scalp n° 19	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
02 Digiprim	25	SV	12:30
02 fentanyl 20ug	40ug	SV	12:30

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

10/09/2019 às 12:14 A Bgr se foi atender para atender a uma dor no abdômen de natureza traumática. Ao local a vítima estava fora do local da vítima deambulando, consciente, orientada, não, não apresentava nenhuma alteração no estado geral. Foi feito imobilização por um socorrista do CBM, feita, contato com a médica responsável a mesma monitorizar a medicação e a gestante e posteriormente encaminhá-la para a unidade de saúde.

02 doses de luviz med. (m)
01 Sulfato de 20 mg
01 Mefenidol de 40x12
02 dig. Digiprim
02 exp. fentanyl 20ug
01 Scalp. 19.



DESTINO	☒ Pronto Atendimento / HGR
	☒ Atendimento no local
RCP	☒ Iniciada as:
	☐ RCP com sucesso
RCP	☐ RCP sem sucesso
	☐ Outros

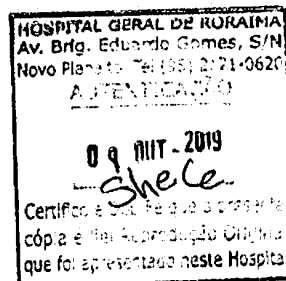
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:	
1901160018	10/09/2019 12:51:42	FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE		08/03/1981		38 A 6 M 2 D					
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
								M	
Mão		Pai		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
NEUZA MOTA MOREIRA		ESTEVAN PEREIRA FREIRE		PARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço		Contato		Ocupação					
RUA - CC - 30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR		(95) 99116-2725							
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
OUTROS		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Peso	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA				EDVAN NASCIMENTO		Pressão	
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL					
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		25					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 12:52 h)		Acidente motociclistico, trazido pelo SAMU, sentado na moto. Regere trauma de pé D, com lesão lateral.							
Exame Físico		Estável, eufórico, Glasgow 15. Lesão de pé D, com aparente fratura.							
Hipótese Diagnóstica		Fx? Realizado diagnóstico/trauma pelo SAMU.							
SADT - Exames Complementares		☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
1 Anal. ORTOPEDIA.									
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							

As 13.15: Rx de pé ^①: sem fraturas, dfo,
pequena fratura em metatarsos
* Ferimento corto-centuro pequeno, +/- 2cm,
profundo, se sangramento ativo no
momento.

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

A entopedia

Ruina Kendra M. Marquetti
Cir. Geral / Coloproctologia
CRM/R 1512

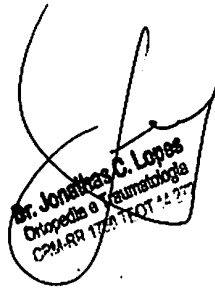



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
NOME: Paulo P. DR. NAT RECEITUÁRIO

O pcte Antonio Nelo Moreira
Freire sofreu fratura de 5º PDC (D)
sempre tratado em urg.

CID: S92.5

DATA 16/12/19


Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17281 TROT 14.27

Assinado n. Garantia

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua General Pinho, 630 - Centro-Um Vista RH
CEP: 68.301-150 - CNPJ 04.013.403/0001-00



Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190658 878		3 - CPF da vítima: 934.088.202-44	
4 - Nome completo da vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO RESO			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Paulo Sergio Duarte do Reso		6 - CPF: 934.088.202-44	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Belarmino Fernandes M		9 - Número: 1967
10 - Complemento: CASA	11 - Bairro: TANCREDO NEVES		12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.313-485		15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com
16 - Tel. (DDD): (55) 991144021		DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 0897	CONTA: 00042961	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo		24 - Data do óbito da vítima: _____	
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ 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 - Representação digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)			
40 - Local e Data, <u>BOA VISTA 13/11/19</u>			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			



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



RECEITUÁRIO

NOME:

Antônio Neto Moreira

Hospital General Eliseu

(13)

Pr. parietes

RAIO X

DATA: *11/10/19*

HORA: *14:00*

RX

OK Otis 1a

Agendar na recepção #02

Agendar H.C.M.

Raios X Pe (7)

(AP-Obtendo)

DATA *10/09/19*

Dr. Odinachi Okegbo
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18512/R

ASSINATURA E CARIMBO

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



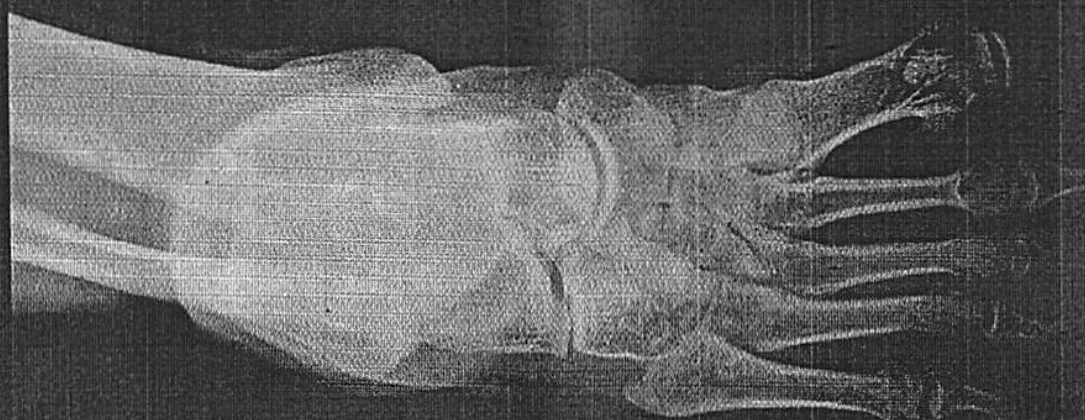
D

ANTONIO NETO M.
HOSPITAL CORONEL MOTA

11389
04/10/2019

Cláudio

65,5%





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 88532, data de expedição 29/08/2016
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 323.242.432-53
com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SB-02 B DR SILVO BOTEELHO 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

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BRO Ano: 2012
Placa: NAO 9724 Chassi: 9C2KD0550CR570709
Data do Acidente: ___/___/___

Local e Data: 10/10/2019

Assinatura do Declarante

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





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

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190698459

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

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

Pág. 00797/00798 - carta_05 - INVALIDEZ

00080390

