

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)**Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2947240420210107112128****Processo 0831826-67.2020.8.23.0010**  - (23 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces 					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência	Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros 					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor	Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>				
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	9 07/01/2021 11:21:28	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	Procurador	
		9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776439CONTESTACAO01.pdf		Público	
		9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776439CONTESTACAOAnexo02.pdf		Público	
		9.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2776439CONTESTACAOAnexo03.pdf		Público	
		9.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KIT SEGURADORA LDER.pdf		Público	
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
	8 26/12/2020 00:01:52	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/12/2020)		ALDENEIDE NUNES DE SOUSA	
	7 15/12/2020 22:31:12	CONCEDIDO O PEDIDO		Analista Judiciária	
	6 15/12/2020 10:02:13	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		JARBAS LACERDA DE MIRANDA	
	5 14/12/2020 15:21:36	RECEBIDOS OS AUTOS		Magistrado	
	4 14/12/2020 15:21:36	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR		SISTEMA CNJ	
	3 14/12/2020 15:21:36	Registro de Distribuição		SISTEMA CNJ	
	2 14/12/2020 15:21:36	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível		SISTEMA CNJ	
	1 14/12/2020 15:21:36	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL		PAULO SERGIO DE SOUZA	
		Advogado			



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

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190658785

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15156153





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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658785

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 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	6 - CPF:	701-354-792-15
7 - Profissão:	Recepcionista	8 - Endereço:	TRAVESSA Julho Pinto
11 - Bairro:	TANCO DO NELOS	12 - Cidade:	Bon Vista
15 - E-mail:	menatoSilva 638 @ gmail.com	13 - Estado:	RR
17 - Nome completo do Representante Legal:	14 - CEP: 69.313-538		
18 - CPF do Representante Legal:	16 - Tel. (DDD): 95 911144021		

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:	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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00050545 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro sob os perigos da falsidade criminal que a declaração de que o Seguro DPVAT não cobre a cobertura de invalidez permanente é verdadeira e que fui informado(a) que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 (noveanta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	---	--	------------------------------

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
--	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
---	-------------------------------------	--------------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, <i>Bon Vista 14/10/19</i>	Assinatura da testemunha
--	--	--------------------------

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>ANTONIO NETO 14/10/19</i>	43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>Raimundo Novato Silva</i>
--	--	--

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> 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:

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	6 - CPF:
Recepcionista	TRAVESSA Julho Pinto	15	701.354.792-15
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Tancredo Neves	Bon Vista	RR	69.313.538
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):	17 - Complemento:	18 - Celular:
menatoSilva 638 @ gmail.com	95	CASA	9511144021

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 00050545 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro sob os perigos da pena de prisão e multa que o prestei a declaração verdadeira e legítima, para os fins de que a seguir mencionados:

Não há IML que atende 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 (noveanta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	---	--	------------------------------

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

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: deusa leitão

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 193283

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av lameda antares

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 contrário invadiu a contra mão atingindo o comunicante que veio a cair, com o impacto o comunicante quebrou um dedo do pé direito, que foi atendido pelo samu e conduzido ao hgr. Que não sabe informar maiores detalhes da outra motocicleta. É o relato.

Que não deseja representar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

ASSINATURAS

DAT
Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

Antonio Neto M. FREIRE
Antonio Neto Moreira Freire
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unícola(a) responsável pelas informações acima assinadas 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."



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Francinelson Cardoso Froz
Data de Impressão: 14/10/2019 08:54
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: deusa leitão

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 193283

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av lameda antares

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 contrário invadiu a contra mão atingindo o comunicante que veio a cair, com o impacto o comunicante quebrou um dedo do pé direito, que foi atendido pelo samu e conduzido ao hgr. Que não sabe informar maiores detalhes da outra motocicleta. É o relato.

Que não deseja representar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

ASSINATURAS

DAT
Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

Antonio Neto M. FREIRE
Antonio Neto Moreira Freire
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unícola(a) responsável pelas informações acima assinadas 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."



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Francinelson Cardoso Froz
Data de Impressão: 14/10/2019 08:54
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



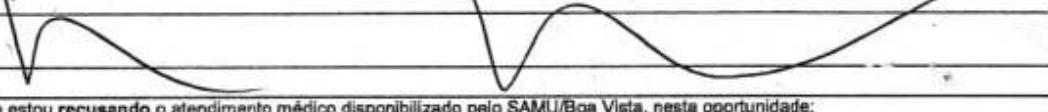
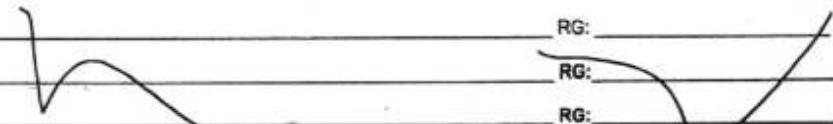
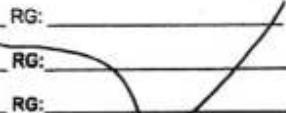
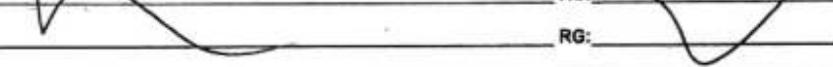
PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Estado (o) / Pólo de cobertura:	<input type="checkbox"/> RAIMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do documento ou ASI:	3 - CPF do vidente:	4 - Nome completo do vidente:	
5 - Registro de Informações Cadastrais e Fada da RENDA MENSAL da PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. V1 04/2022			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - CEP:	14 - CEP:
15 - Bairro:	16 - Tel. (índice):	17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:
19 - Fórmula do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins da direita, residir no endereço acima informado, conforme comprovará a anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Inclui contas de poupança, investimento, fundos de renda fixa, etc.) <input type="checkbox"/> Bradesco (200) <input type="checkbox"/> Itaú (444) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (1001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Inclui contas de banco) Nome do BANCO: _____			
Agência: 3027 Conta: 00050545 <input checked="" type="checkbox"/> Informações de agência <input type="checkbox"/> Informações de conta			
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo a vinda, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer totais do valor recolhido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREEXISTIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
<input type="checkbox"/> Não tenho IMI que atenda à regra do cliente ou da minha residência; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IMI que atende à regra do cliente ou da minha residência não tem pendências para fins de Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende à regra do cliente ou da minha residência resulta pendências com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo que, no entendimento, se não o prosseguimento de análise da meu pedido do laudo de imobilidade do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no cumprimento permanente das regras de admissão, conforme Lei 6.164/74, art. 59, §3º, declaro que estou ciente e que não significa prejuízo para a cobertura.			
DECLARAÇÃO DE ÓNUSOS BENEFICIÁRIOS - PREEXISTIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Grau de parentesco com vítima 24 - Vítima deixou comigo herança: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 25 - Se a vítima deixou comigo herança, informar: _____			
26 - Vítima deixou comigo herança: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou comigo herança, informar: _____			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Se sim, informar: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vida; <input type="checkbox"/> Palco/obito; 29 - Se sim, informar: _____ 30 - Vítima deixou comigo herança (admitir): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se sim, informar: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vida; <input type="checkbox"/> Palco/obito; 33 - Vítima deixou comigo herança (admitir): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
34 - Representante legal da quem assina o rogo/a pedido 35 - Nome legal de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legal de quem assina o rogo/a pedido 37 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido			
38 - 18 Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 29 Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha			
40 - Local e Data: Bento Vísta 14/10/19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (caso aventure) Antônio Neto de Freitas 42 - Assinatura do Representante Legal (caso houver) Primitivo Oliveira Siqueira 43 - Assinatura do Procurador (caso houver) Primitivo Oliveira Siqueira			

NAME: Aufbau und neue modernen Forme 20:39 SEXT. 1998

 PREFEITURA BOA VISTA Boa Vista - Cidade das Flores	FICHA DE ATENDIMENTO EQUIPE SAMU BV UNIDADE: BRAVO II		Nº 1667 : - EQUIPE: mico747jan + Jose.		 SAMU 192																																																						
	Paciente: <u>Antônio Neto Moreira Pereira</u> - Idade: <u>39</u> Sexo: <u>MASC.</u> Nacionalidade: <u>Brasileiro</u> Raça: <u>Branca</u> [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia																																																										
Endereço: <u>R. Deusa Leite Canhoto s/nº</u> Bairro: <u>Centro</u>																																																											
Nº 15.540. DATA <u>30/10/2019</u>		HORA J/9: <u>02:14</u> BASE () VIA () RÁDIO HORA J/10: <u>12:25</u> CELULAR ()																																																									
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Lydianna</u>																																																											
MOTIVO INICIAL <u>motofx moto</u>																																																											
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()																																																											
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica</td> <td><input type="checkbox"/> Queimadura</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência obstétrica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento</td> <td><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</td> <td><input type="checkbox"/> Choque elétrico</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAF</td> <td><input type="checkbox"/> Envenenamento</td> <td><input type="checkbox"/> Queda</td> <td><input type="checkbox"/> Exame complementar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agressão física - FAB</td> <td><input type="checkbox"/> Afogamento</td> <td><input type="checkbox"/> Urgência clínica</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica	<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar	<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outros																																						
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica																																																								
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Transferência																																																								
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exame complementar																																																								
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Outros																																																								
ACIDENTE DE TRÂNSITO <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pedestre</td> <td><input type="checkbox"/> A pé</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Capacete</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Condutor</td> <td><input type="checkbox"/> Automóvel</td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Animal</td> <td><input type="checkbox"/> Cinto de segurança</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Passageiro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Outro</td> <td><input type="checkbox"/> Airbag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ignorado</td> <td><input type="checkbox"/> Bicicleta</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Micro-ônibus</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Assento para criança</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança																														
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Capacete																																																						
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança																																																						
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag																																																						
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus		<input type="checkbox"/> Assento para criança																																																						
AVALIAÇÃO INICIAL <table border="0"> <tr> <td>VIAS AÉREAS</td> <td>VENTILAÇÃO</td> <td>CIRCULAÇÃO</td> <td>AVAL. NEUROLOGICA</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Livre</td> <td><input type="checkbox"/> Apnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Bradicardico</td> <td><input type="checkbox"/> Miose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"</td> <td><input type="checkbox"/> Midriase</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstrução Total</td> <td><input type="checkbox"/> Bradipnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso radial ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Corpo estranho</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipnéia</td> <td><input type="checkbox"/> Pulso central ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outro: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Síp</td> <td><input type="checkbox"/> Cianose central [] Extremidade</td> <td><input type="checkbox"/> Agitação psicomotora</td> </tr> </table>						VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Síp	<input type="checkbox"/> Cianose central [] Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																														
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLOGICA																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose																																																								
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase																																																								
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E																																																								
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado																																																								
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Síp	<input type="checkbox"/> Cianose central [] Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																																																								
SINAIS VITais E ESCORES <table border="0"> <tr> <td>Horas</td> <td>P.A mmHg</td> <td>F.C Bpm</td> <td>F.R Mpm</td> <td>Sat O₂ %</td> <td>T. Axilar °C</td> <td>Glicemia</td> <td>Esc. visual "DOR"</td> <td>Glasgow</td> </tr> <tr> <td>Inicio</td> <td><u>12:26</u></td> <td><u>130x80</u></td> <td><u>70</u></td> <td><u>21</u></td> <td><u>100%</u></td> <td></td> <td><u>10</u></td> <td><u>15</u></td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><u>12:54</u></td> <td><u>120x140</u></td> <td><u>70</u></td> <td><u>19</u></td> <td><u>100%</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow	Inicio	<u>12:26</u>	<u>130x80</u>	<u>70</u>	<u>21</u>	<u>100%</u>		<u>10</u>	<u>15</u>	Fim	<u>12:54</u>	<u>120x140</u>	<u>70</u>	<u>19</u>	<u>100%</u>																														
Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow																																																			
Inicio	<u>12:26</u>	<u>130x80</u>	<u>70</u>	<u>21</u>	<u>100%</u>		<u>10</u>	<u>15</u>																																																			
Fim	<u>12:54</u>	<u>120x140</u>	<u>70</u>	<u>19</u>	<u>100%</u>																																																						
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <table border="0"> <tr> <td>LESÃO IDENTIFICADA</td> <td></td> <td>ABERTURA OCULAR</td> </tr> <tr> <td>1 - Dor</td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea</td> </tr> <tr> <td>2 - Hematoma</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ao comando</td> </tr> <tr> <td>3 - Contusão</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> À dor</td> </tr> <tr> <td>4 - Escoriação</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sem resposta</td> </tr> <tr> <td>5 - Lacerção</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 - Luxação</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 - Fratura fechada</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 - Fratura exposta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 - Amputação</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 - Evisceração</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 - Afundamento de crânio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 - Ferimento penetrante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13 - Tórax instável</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14 - Enfisema subcutâneo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 - Ferida aspirativa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 - Empalamento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17 - Outros</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						LESÃO IDENTIFICADA		ABERTURA OCULAR	1 - Dor		<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	2 - Hematoma		<input type="checkbox"/> Ao comando	3 - Contusão		<input type="checkbox"/> À dor	4 - Escoriação		<input type="checkbox"/> Sem resposta	5 - Lacerção			6 - Luxação			7 - Fratura fechada			8 - Fratura exposta			9 - Amputação			10 - Evisceração			11 - Afundamento de crânio			12 - Ferimento penetrante			13 - Tórax instável			14 - Enfisema subcutâneo			15 - Ferida aspirativa			16 - Empalamento			17 - Outros		
LESÃO IDENTIFICADA		ABERTURA OCULAR																																																									
1 - Dor		<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea																																																									
2 - Hematoma		<input type="checkbox"/> Ao comando																																																									
3 - Contusão		<input type="checkbox"/> À dor																																																									
4 - Escoriação		<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																									
5 - Lacerção																																																											
6 - Luxação																																																											
7 - Fratura fechada																																																											
8 - Fratura exposta																																																											
9 - Amputação																																																											
10 - Evisceração																																																											
11 - Afundamento de crânio																																																											
12 - Ferimento penetrante																																																											
13 - Tórax instável																																																											
14 - Enfisema subcutâneo																																																											
15 - Ferida aspirativa																																																											
16 - Empalamento																																																											
17 - Outros																																																											
ABERTURA OCULAR <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ao comando</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> À dor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sem resposta</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Ao comando	<input type="checkbox"/> À dor	<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea																																																											
<input type="checkbox"/> Ao comando																																																											
<input type="checkbox"/> À dor																																																											
<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																											
RESPOSTA VERBAL <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orientado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Confuso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sem resposta</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis	<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																	
<input type="checkbox"/> Orientado																																																											
<input type="checkbox"/> Confuso																																																											
<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas																																																											
<input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis																																																											
<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																											
RESPOSTA MOTORA <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obedeça a comandos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Localiza a dor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Movimento de retirada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flexão anormal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Extensão anormal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sem resposta</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Obedeça a comandos	<input type="checkbox"/> Localiza a dor	<input type="checkbox"/> Movimento de retirada	<input type="checkbox"/> Flexão anormal	<input type="checkbox"/> Extensão anormal	<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																
<input type="checkbox"/> Obedeça a comandos																																																											
<input type="checkbox"/> Localiza a dor																																																											
<input type="checkbox"/> Movimento de retirada																																																											
<input type="checkbox"/> Flexão anormal																																																											
<input type="checkbox"/> Extensão anormal																																																											
<input type="checkbox"/> Sem resposta																																																											
AVALIAÇÃO CARDIÁCA <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> FV</td> <td><input type="checkbox"/> Neuroológica</td> <td><input type="checkbox"/> Metabólica</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal</td> <td><input type="checkbox"/> TV</td> <td><input type="checkbox"/> Respiratória</td> <td><input type="checkbox"/> Infecções</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flutter Atrial</td> <td><input type="checkbox"/> AESP</td> <td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> HAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibrilação atrial</td> <td><input type="checkbox"/> Assistolia</td> <td><input type="checkbox"/> Digestiva</td> <td><input type="checkbox"/> Malária</td> <td><input type="checkbox"/> Medicação de uso</td> <td></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neuroológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular		<input type="checkbox"/> HAS		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Malária	<input type="checkbox"/> Medicação de uso																															
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neuroológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias																																																						
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros																																																						
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular		<input type="checkbox"/> HAS																																																							
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Malária	<input type="checkbox"/> Medicação de uso																																																							
AFFEÇÃO CLÍNICA <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ileso</td> <td><input type="checkbox"/> Pequena</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Média</td> <td><input type="checkbox"/> Severa</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input checked="" type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa																																																		
<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input checked="" type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa																																																								
HISTÓRIA PREGRESSA <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Outros																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Alergias																																																											
<input type="checkbox"/> Outros																																																											
GRAVIDADE COMPROVADA <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ileso</td> <td><input type="checkbox"/> Pequena</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Média</td> <td><input type="checkbox"/> Severa</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input checked="" type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa																																																		
<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input checked="" type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa																																																								
ASSINATURA E CADASTRO MÉDICO (Endereço de Destino) Luiz Fernando Junges Cirurgião-Dentista CRM RR 1583 Assinatura e Cachorro Médico (Endereço de Destino)																																																											
EMERGÊNCIA 192-BV CONFIRME COM ORIGINAL EM 27/10/2019 11:19 Stephanie																																																											



PERFE DO PAC	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:		

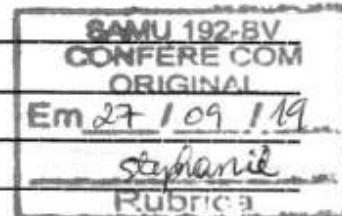
GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-velva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tiritentes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input checked="" type="checkbox"/> TED	<input type="checkbox"/> Outros:
Accesso venoso Gelco n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ___	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
02 pipipry	25	IV	12:30
02 filantip 204	40g	IV	12:30
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

10/09/2019 às 12:45 A Boa Vista foi autorizada para atender a uma ocorrência de nascimento traumático: no local a enfermeira fez a locação de círculo de ambulância, levantou, orientou, doou, manteve a borda da primitiva para conseguirem fazer no gabinete de emergência pelo SAMU Socorrismo do CEM, fez contato com a médica responsável a mesma autorizou a medicinação e foi encaminhada para a vigilância da saúde.

medicamentos:

02 pms de luxo mod. (m)
001 Sifone 20 ml
100 Malle de 40x12
02 a.p. pipipry
002 a.p. filantip 204g
1001 Sifone 19.



Marina Cleide Silveira
Enfermeira CR 2445

Assinatura e carimbo do profissional

RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 601 - 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 369/13

Para contato
conosco informe
este número

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-JULIO PINTO 15 TANCREDO NEVES
CPF: 066.2416.2558272
CIP: 69.313-538 - BOA VISTA ROT: 26.001.14.15.125800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVA/h	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

NÓRMAL		32	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL	BI	14TDB02703 N 1507683	1.1.1.7
295			
HISTÓRICO kWh			
Mês/ano consumo	DESCRIÇÃO DA CONTA		
JUL/19	274	CONSUMO	266 A R\$ 0,772737 = 205,54
JUN/19	210	DOACAO LBV - 0800 0555099	24,00
MAR/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 DE TRIBUTOS:	1.467,0740		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08009701120 E FAÇA URGENTEMENTE O VENCIMENTO 1º e 11.16.21.26
Ressaltamos: Até o dia 09/08/2019, não constatamos faltas de vencimento
nessa Unidade Consumidora.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,26	Base de Cálculo:	205,54
Energia:	110,80	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 68,90

CONTA 14.15.17.001 PERÍODO TOTAL A PAGAR - R\$



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

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

CONTA DE ÁGUA
ATENDIMENTO
0800 280 9520

PATRIMÔNIO MUNICIPAL

MATRÍCULA: 00099358 1

DATE OF BIRTH: 08/08/00

ROW 03, NUM, 0012
GIRARD, GENEVA

CIDADE SATELITE

INSCRIÇÃO: 001-031-031-0130-000

ROTA: 05 1970

ROTA: 05.1970											
CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS		HIDRÔMETRO A10F198348		VOL FATURADO 10		DESCRIÇÃO REAL			Nº DA CONTA 15437802	
	DT. LEITURA ANT. 06/06/2019	DT. LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28		LEITURA ANT. 1839		LEITURA ATUAL 1839		MÉDIA 0		
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	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 REAL											

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA		
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA	0 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		19,06
		0,85
O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR	43,74

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

TOTAL A PAGAR

43 74

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

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G. M.

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
xigidas		-	-	-	-
analisadas	-	-	-	-	-
a Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRC 10201828 - 145.0.11

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 07201030003 0





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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

Declaro Profissão: Reclusor Renda: Reclusor e apresento os documentos comprobatóricos

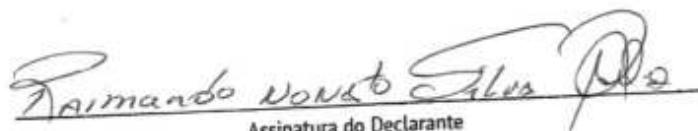
Recuso informar

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

Boa Vista, PR de outubro de 19
Local e Data


Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, JOSE AUGUSTO MOREIRA

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

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

com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

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

SB - 02 B. DR SILVO BOTELHO, nº 80

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

Antonio Neto M. Freire, cujo o condutor era

Antonio Neto Moreira Ferreira

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

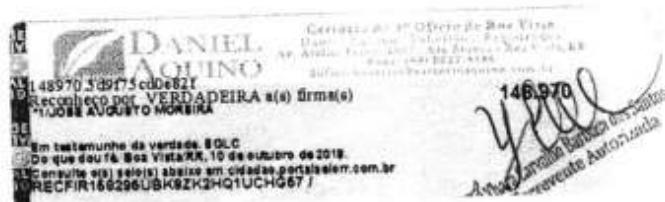
Placa: NAO 9724 Chassi: 9C2KD0550CR570709

Data do Acidente: 10/10/19

Local e Data: 10/10/2019

Jose Augusto Moreira
Assinatura do Declarante

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





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.

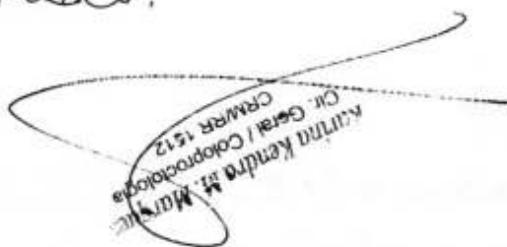
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901160018	10/09/2019 12:51:42	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	14		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE		08/03/1981	38 A 6 M 2 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe				M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
NEUZA MOTA MOREIRA					Pai		Contato	
Endereço					ESTEVAN PEREIRA FREIRE		(95) 99116-2725	Ocupação
RUA - CC -30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
OUTROS	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.						
	DEMANDA ESPONTÂNEA							
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						TOTAL 25	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 12:52 h)	Acidente motociclistico, trocado pelo SAMU, sentado na moça. Regresso temor de pé D, com dor lombar e perna D, com aparente fratura.							
Exame Físico	Estéril, espontâneo, Glasgow 25 .							
Hipótese Diagnóstica	Fractura exposta, lombar e perna D, com aparente fratura.							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS	
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
1 Atvol. ortopedia.								
Conduta	<p>Dr. Luis Fernando Junges RQE: 58 / CRM-RR 1583</p> <p>Ambulatório Observação (Até 24h) Internação</p> <p>Data e Hora da Saida/Alta:</p>							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IMI. Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
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 pe^o (A): ser frátnas, dgo,
pequena frátna e metatarsos,
fêmureto coto - centro pequeno, +/- 2cm,
muito fundo, se segmentos ativos no
movimento.

Cd: - Limpza + antise
- Alise as frátnas + recorte
+ atestado.

A
entregue





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



RECEITUÁRIO

NOME:

Antônio Neto Moreira

13

Hosp. PI. Lourival Moreira

Dr. penitentes

RAIO X

DATA: 11/01/19

HORA: 14:00

RX

OTUS 12

14:00

Guarda na Região H02

Guarda H.C.U

Raio X Pe (1)

(AP-Officinas)

Dr. Odinachi Okpaku
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 184148

ASSINATURA E CARIMBO

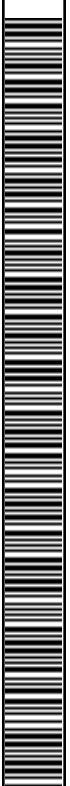
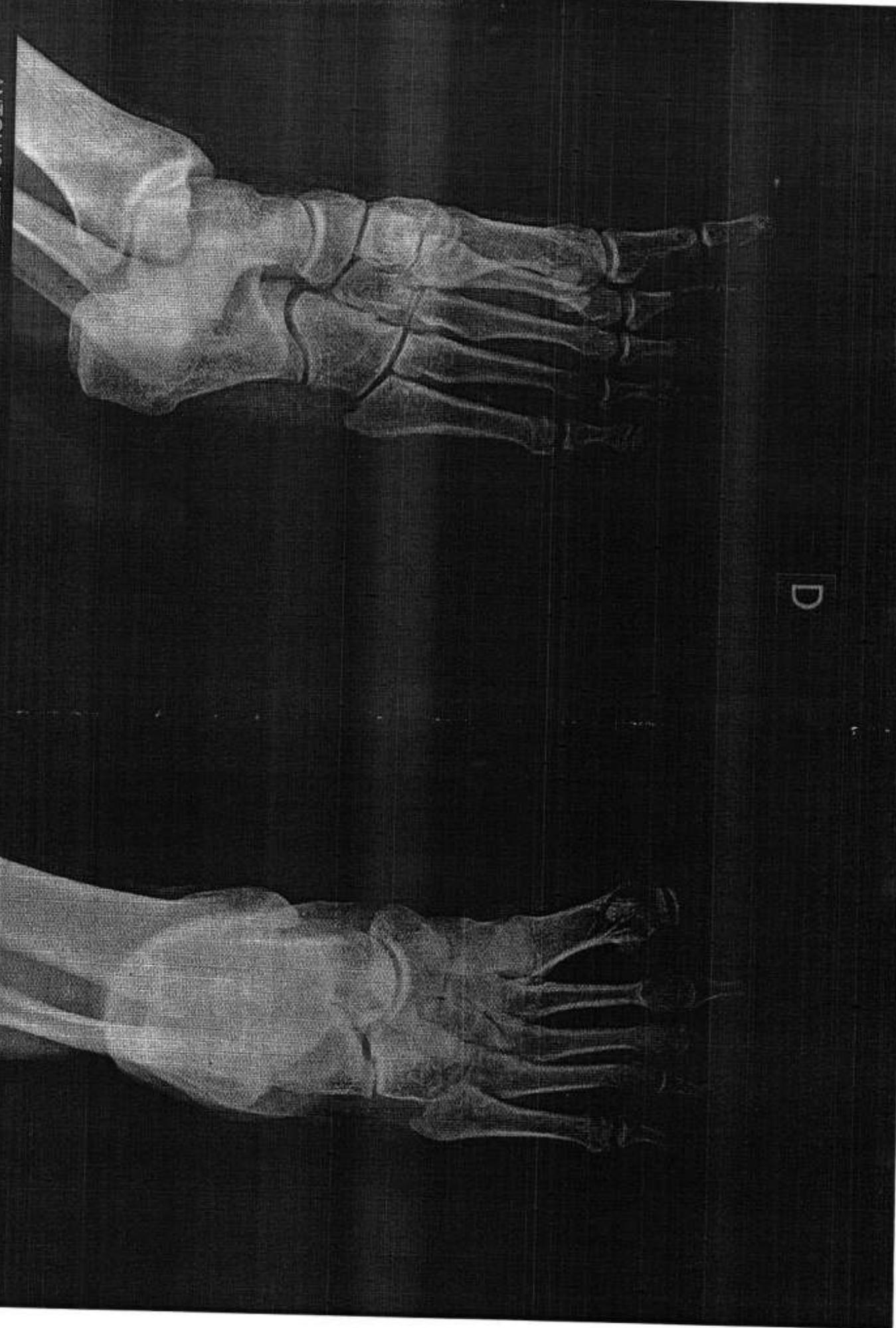
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

ANTONIO NETO M.
HOSPITAL CORONEL MOTA

11389
04/10/2019

Cloudbattle

55 5 %





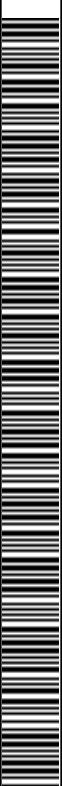
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODELO CRUZ

REGISTRO GERAL 357/035-5
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPEDICAO 28/01/2016

NAME RAIMUNDO MONATO SILVA
NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA
DATA DE NASCIMENTO 15/09/1966
LUGAR DE CREDENCIAMENTO CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43
VARGEM GRANDE-MA
OFF 475.428.463-91
3 VTA
AMADEU ROCHA TRIÂNGULO
ASSINATURA DO TITULAR Raimundo Monato Silva
CARTERA DE IDENTIDADE P7
LEI Nº 7.116 DE 29/06/80



Polgar direito



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT		
RR Nº 013042205559 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
2013		
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		
PRÉMIO TARIFÁRIO		
DESPESA (R\$) <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 81,29	DESPESA (R\$) <input type="checkbox"/> R\$ 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="checkbox"/> R\$ 90,33
R\$ 81,29 BILHETE (R\$) <input checked="" type="checkbox"/> X COTA UNICA	R\$ 9,03 BILHETE (R\$) <input type="checkbox"/> PAGAMENTO	R\$ 90,33 BILHETE (R\$) <input type="checkbox"/> PARCELADO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.244.608/0001-04		

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Gêneros do Seguro DPVAT
562125

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416879/19

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

CPF: 701.354.792-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE : 701.354.792-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Pedro Mocereira Freire
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354-792-15 ENDEREÇO: RUA/AV,
R. Trav. Júlio Pinto, Nº 15
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BORÁ VITA /RR
CEP 69313-538

VITIMA: antonio neto morcian feijo
CPF: 701.354.792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

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

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.

Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Pedro Mocereira Freire
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 193283 CPF: 701-354-792-15 ENDEREÇO: RUA/AV,
R. Trav. Júlio Pinto, Nº 15
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: BORÁ VITA /RR
CEP 69313-538

VITIMA: antonio neto morcian feijo
CPF: 701.354.792-15 DATA DO ACIDENTE: 10/09/19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

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

PODERES.

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.

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

CPF de: Próprio

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

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
Victima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE
Data Acidente: 23/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta nº: 5297860

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060821-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2014

Carta nº: 5297861

A/C: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000060821-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014744272 - 1

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

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

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

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

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO 5 METATARSO A DIREITA

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO

ALTA MEDICA DEFINITIVA

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

SIM NÃO

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

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

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 Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM: 2678/AM

Assinatura do perito Examinador - CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 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, Antônio Neto Moreira Freire

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 193.283

EXPEDIDO POR SSPI RR

EM 06/06/08 E

CPF 40135479235 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Neto Moreira Freire, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



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

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

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

RESINTRAN

28 AGO 2014

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

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

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 003 - AGENCIA 0050 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 60.823-3

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, 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 Boca Vista/RR, DATA 31/08/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) ANTONIO NETO M. FREIRE

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

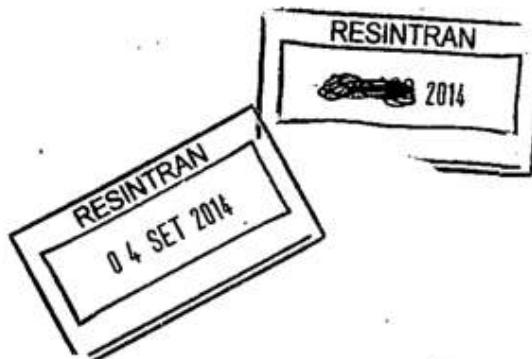
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

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

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
31/07/2014		
Saldo Anterior		0,00C
01/08/2014		
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4.05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
EMPRESTIMO CREFISA	030045	4,05D
Estorno de Débito	030045	4,05C
Saldo		0,00C
05/08/2014		



17/7/2014

IMPRESSÃO BO

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: CARACARAI

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**,

Municipio: **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

Antônio Marcos S. Freire *Antônio Neto M. Freire*
INSCRIÇÃO - B Comunicante

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

DESPACHO

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

22/02/14

2

Conferente / Recebedor	DAT	AGENTE DE PC
		CONFERIDOR

DELEGADO

16/12/2020

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA.html

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:**

DANOS

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

Valor avaliado: 1.687,50

100400

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garces, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - RR - 9-1
Regime Especial de Interesse Social autorizado pela ENEFE/RR/01/13

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO
SEU CÓDIGO: 105136-9

Nº da Nota Fiscal: **000041779**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 25 de abril de 2002.

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

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior	16/06/2014
Atual	1.000	Próxima Leitura:	17/08/2014
Consumo	121	Último dia:	17/07/2014
	121		

DETALHES DA LEITURA

Atual	5876	Anterior	17/07/2014
Anterior	5755	Anterior</td	

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

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

07-09-2019 23/05/19

Fraxera em p^o ESG
P.C: mostra frax. de 5^o m^o m^o

CD: Imobilizado
- Alne
- Redondo
- ondulado
- Atendido

Obs: 0

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

Referência ao Trauma



003249



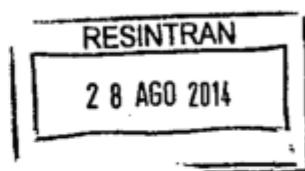
Dr. Willian Jorge F. Neves

CRM-RR 125

CIRURGIA GERAL - GASTROENTEROLOGISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PERITO LEGISTA

Antônio Neto morreu de
vulnus de ação de trânsito
aparente.
Colore traumática em ósso
do nariz direito, fratura
dos processos do 5º metatarso
do pé direito ósso da
cintura traumática.
A morte traumática.



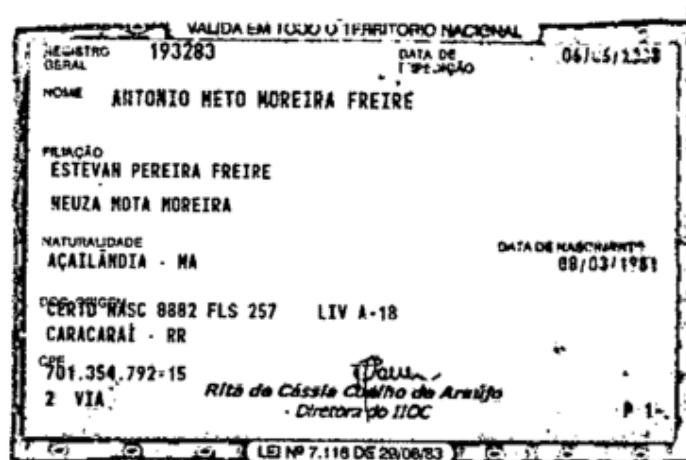
14/08/14

Dr. Willian Jorge F. Neves
MÉDICO

Rua Francisco Lira, 270 - São Francisco - Boa Vista - Roraima
Telefones: 3224-2841 / 4141-0443

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



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 493.283 e inscrito no CPF/MF sob o nº 401.354.792-15, residente e domiciliado na Rua: CC-30, 463 - Seminário 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



RESINTRAN

28 AGO 2014

Antônio Neto M. Freire

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista/RR, 14.08.14.

Local e data