

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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUCIER DE PAULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000029386-2

Nr. da Autenticação 71D928BD672033A4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 333.402.364-27 4 - Nome completo da vítima: Jucier de Paula

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

5 - Nome completo: Jucier de Paula 6 - CPF: 333.402.364-27
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Mondinho Medeiros 9 - Número: 32 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Rincão 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59630-490
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel. (DDD): 59630-490

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.503,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avise-me uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 29386 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
35 - CPF 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: Morrão - PA 23/10/2019
41 - Assinatura do vítima/beneficiário (dedarante): Jucier de Paula
42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



Tarifa Unificada de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
 Companhia Energética do Rio Grande do Sul
 Rua Mariz, 100, Vila Nova - RM, CEP 91.040-200
 CNPJ 08.124.790/0001-51 - Ins. Est. 20.051.959-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA LUIZ GUIMARÃES FALTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MUNICÍPIO DE DE ROS 32

CPF 810 821 954-01
 CLASSIFICAÇÃO

RUA CAMARCA IREXANA
 MOSSORO RN
 59030-480

BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

7008693913 08/2019
 DATA DE EMISSÃO DATA DE VENCIMENTO

02/06/2019 01/06/2019 02/06/2019

09/08/2019 09/09/2019

02/06/2019 01/06/2019 02/06/2019

182,80

DESCRIÇÃO DA FATURA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Energia	0,6484758	159,38
Desconto Banda Amarela		4,31
Acrescimo Banda Vermelha		0,00
Contribuição Pública Municipal		15,00
Multa por atraso NF 024892872-05/08/18		3,79
Juros por atraso NF 024892872-03/08/18		1,58
Anexo 28 (Anexo PM NF 024892872-05/08/18)		1,45

TOTAL DA FATURA 182,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DE FURÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DIFFERENÇA	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
01/06/2019	BT	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019	03/03/2019

ANÁLISE DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	PERÍODO	CONSUMO (KWH)
01/06/2019	159,38	01/06/2019	159,38
02/06/2019	159,38	02/06/2019	159,38
03/06/2019	159,38	03/06/2019	159,38
04/06/2019	159,38	04/06/2019	159,38
05/06/2019	159,38	05/06/2019	159,38
06/06/2019	159,38	06/06/2019	159,38
07/06/2019	159,38	07/06/2019	159,38
08/06/2019	159,38	08/06/2019	159,38
09/06/2019	159,38	09/06/2019	159,38
10/06/2019	159,38	10/06/2019	159,38
11/06/2019	159,38	11/06/2019	159,38
12/06/2019	159,38	12/06/2019	159,38
01/07/2019	159,38	01/07/2019	159,38
02/07/2019	159,38	02/07/2019	159,38
03/07/2019	159,38	03/07/2019	159,38
04/07/2019	159,38	04/07/2019	159,38
05/07/2019	159,38	05/07/2019	159,38
06/07/2019	159,38	06/07/2019	159,38
07/07/2019	159,38	07/07/2019	159,38
08/07/2019	159,38	08/07/2019	159,38
09/07/2019	159,38	09/07/2019	159,38
10/07/2019	159,38	10/07/2019	159,38
11/07/2019	159,38	11/07/2019	159,38
12/07/2019	159,38	12/07/2019	159,38
01/08/2019	159,38	01/08/2019	159,38
02/08/2019	159,38	02/08/2019	159,38
03/08/2019	159,38	03/08/2019	159,38
04/08/2019	159,38	04/08/2019	159,38
05/08/2019	159,38	05/08/2019	159,38
06/08/2019	159,38	06/08/2019	159,38
07/08/2019	159,38	07/08/2019	159,38
08/08/2019	159,38	08/08/2019	159,38
09/08/2019	159,38	09/08/2019	159,38
10/08/2019	159,38	10/08/2019	159,38
11/08/2019	159,38	11/08/2019	159,38
12/08/2019	159,38	12/08/2019	159,38
01/09/2019	159,38	01/09/2019	159,38
02/09/2019	159,38	02/09/2019	159,38
03/09/2019	159,38	03/09/2019	159,38
04/09/2019	159,38	04/09/2019	159,38
05/09/2019	159,38	05/09/2019	159,38
06/09/2019	159,38	06/09/2019	159,38
07/09/2019	159,38	07/09/2019	159,38
08/09/2019	159,38	08/09/2019	159,38
09/09/2019	159,38	09/09/2019	159,38
10/09/2019	159,38	10/09/2019	159,38
11/09/2019	159,38	11/09/2019	159,38
12/09/2019	159,38	12/09/2019	159,38
01/10/2019	159,38	01/10/2019	159,38
02/10/2019	159,38	02/10/2019	159,38
03/10/2019	159,38	03/10/2019	159,38
04/10/2019	159,38	04/10/2019	159,38
05/10/2019	159,38	05/10/2019	159,38
06/10/2019	159,38	06/10/2019	159,38
07/10/2019	159,38	07/10/2019	159,38
08/10/2019	159,38	08/10/2019	159,38
09/10/2019	159,38	09/10/2019	159,38
10/10/2019	159,38	10/10/2019	159,38
11/10/2019	159,38	11/10/2019	159,38
12/10/2019	159,38	12/10/2019	159,38
01/11/2019	159,38	01/11/2019	159,38
02/11/2019	159,38	02/11/2019	159,38
03/11/2019	159,38	03/11/2019	159,38
04/11/2019	159,38	04/11/2019	159,38
05/11/2019	159,38	05/11/2019	159,38
06/11/2019	159,38	06/11/2019	159,38
07/11/2019	159,38	07/11/2019	159,38
08/11/2019	159,38	08/11/2019	159,38
09/11/2019	159,38	09/11/2019	159,38
10/11/2019	159,38	10/11/2019	159,38
11/11/2019	159,38	11/11/2019	159,38
12/11/2019	159,38	12/11/2019	159,38
01/12/2019	159,38	01/12/2019	159,38
02/12/2019	159,38	02/12/2019	159,38
03/12/2019	159,38	03/12/2019	159,38
04/12/2019	159,38	04/12/2019	159,38
05/12/2019	159,38	05/12/2019	159,38
06/12/2019	159,38	06/12/2019	159,38
07/12/2019	159,38	07/12/2019	159,38
08/12/2019	159,38	08/12/2019	159,38
09/12/2019	159,38	09/12/2019	159,38
10/12/2019	159,38	10/12/2019	159,38
11/12/2019	159,38	11/12/2019	159,38
12/12/2019	159,38	12/12/2019	159,38

DESCRIÇÃO DA FATURA FISCAL

ATENÇÃO: A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Este documento é emitido automaticamente pelo sistema de cobrança da COSERN. Não é necessário assinar ou carimbar. A COSERN não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido deste documento.



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

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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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 81 85

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/BIBLIOTECAS/DOCS/ORIGINALAS/PX/TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a 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 ILCITAS PRECISADAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ronnie Von Helvino da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.552.904, 73 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Lucier de Paula inscrito (a) no CPF sob o nº 313.402.364-27
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Lucier de Paula
inscrito (a) no CPF sob o nº 313.402.364, 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recebeu Renda: Recebeu e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Mundinho, Medeiros</u>	Número: <u>32</u>	Complemento: <u>Qua</u>
Bairro: <u>Rincão</u>	Cidade: <u>Morrore</u>	Estado: <u>W</u>
E-mail: <u>Não possui</u>	CEP: <u>59630-490</u>	TEL(DDD): <u>(89) 99827-0066</u>

Local e Data: Morrore-W 23/10/2019

Ronnie Von Helvino da Silva
Assinatura do Declarante



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61562 /2019

Admissão: 16/09/2019 13:04:32

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 33333 - JUCIER DE PAULA (31 a 3 m 13 d)

Nascimento: 03/06/1988

Natural: MOSSORO-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 206073518580002

CPF: 11340238427

Prof: AGRICULTOR

Mãe: MARIA JUSTINO DE PAULA

Pai: MARIO PEREIRA DE PAULA

Logradouro: SÍTIO FAVELA, 15

CEP: 59649899

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92072764

Compl: DADOS CORRIGIDOS EM 09 DE FEVEREIRO DE 2019

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:						Classificação:		PESO:		
						16/09/2019 13:01:40				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: (SIC) QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO E PESCOÇO

Hora: 13:40

PACIENTE REFERE QUE FOI ATINGIDO POR UM CARRO, ÀS 11:30, RECAIU E R
COM OMBRO DIREITO E COLUNA CERVICAL.

A - Vias aéreas livres, cervicalia

B - Circulação normal

C - Hiperreflexia e clonus

D - BCG - 15

E - Exame com um socorro D

NÃO HÁ MARCHA MARCHA

Diagn. Inicial: Contusão de ombro e coluna

PRESCRIÇÃO:

① Voltaren 75mg, 01 amp IM, aq. (SUSP).

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 16/09/2019
BIM

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 16 de Setembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

ORTOPEDIA: 13h50

Paciente vítima de queda de moto com dor em ombro D. Radiografia mostra LACIã D.

CD: Conservadora. Prescreto Nimesulida 100mg por 5 dias.

Oriento fisio

Dr. Dentas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOD 15476
CRM/RN: 6872

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
ME MOSSORÓ 17/09/2019
BIM
SAME / ARQUIVO

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:33333 - JUCIER DE PAULA (31 a 3 m 13 d)

Nascimento: 03/06/1988

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS; 206073518580002

CPF: 11340236427

Prof: AGRICULTOR

Mãe: MARIA JUSTINO DE PAULA

Pat: MARIO PEREIRA DE PAULA

Logradouro: SITIO FAVELA, 15

Bairro: ÁREA RURAL DE MOSSORO

Cidade: MOSSORÓ

CEP: 59649899

Camp: DADOS CORRIGICOS EM 09 DE FEVEREIRO DE 2019

Telephone: 84.92072764

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: (SIC) QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO E PESCOÇO

Notes: 3: 60

DATA: 13/40
PACIENTE REFERE QUE FOI ASSALTO POR UM GRUPO, AS 11:30, RECORRENDO EM
COM OMBRO DIREITO E COLUNA CURVADA.

A - Vin miner, P. rous, conioz 614

$\delta = (\text{expressibility}) \propto \text{number}$

1. Heterogeneous mixture, but

3-62860-15

6. $\frac{1}{2}$ of the area can be sold to D

N(0,1) distribution

Diagn. Inicial: constipação de origem funcional

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Voltaren 75mg, 01 amp IM, agora (SUSP). HOSPITAL REGIONAL TARCISIO WAIÁ ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 17/07/2019 SAME / ARQUIVO			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

C/D

Proc.

Data: / / 19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por SONIA MARIA DA SILVA. Impresso em 16 de Setembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

ORTOPEDIA: 13h50

Paciente vítima de queda de moto com dor em ombro D. Radiografia mostra LAC à D.

CD: Conservadora. Prescreto Nimesulida 100mg por 5 dias.

Oriento Apsica

Roberto Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEC: 15476
CRM: 6672

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 17/08/2019
Bim
SOME / ARQUIVO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014527082180

PLACA: 014527082180
RUBRICA: 014527082180

DATA DE EMISSÃO: 20/02/2019
VALIDADE: 20/02/2019

TIPO DE VEÍCULO: 1
CATEGORIA: 1

ESPECIE: 1
COMBUSTÍVEL: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

ANOMIA: 1
COR: 1

SEGURO DE VEÍCULO

CONDIÇÕES DE VENDA: RESERVA DE CANCELAMENTO

TRANSFORMAÇÃO DO SEGURO DPVAT

PN Nº 014527082180 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTABELECE 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

CPF / CNPJ: 017/821.964-01

DATA EMISSÃO: 20/02/2019

PLACA: 014527082180

RUBRICA: 014527082180

ANOMIA: 1

COR: 1

ESPECIE: 1

COMBUSTÍVEL: 1

ANOMIA: 1

COR: 1

ESPECIE: 1

COMBUSTÍVEL: 1

ANOMIA: 1

COR: 1

ESPECIE: 1

SEGURODPVAT LIDER DPVAT

Cópia de sua cotação nº 01

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709105

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JUCIER DE PAULA

Data do acidente: 16/09/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: OMBRO DIREITO - LAC

Descrição do exame físico: DOR/ LIMITAÇÃO LEVE À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709105 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCIER DE PAULA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.04/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: <u>JUCIER DE PAULA</u>	
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRA</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>
PROFISSÃO: <u>PREDEIRO</u>	
IDENTIDADE: <u>002.336.869</u>	CPF: <u>113.402.364-27</u>
ENDEREÇO: <u>RUA: MUNDINHO MEDEIROS Nº 32</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>RONNIE VON FELVINO DA SILVA</u>	
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>
PROFISSÃO: <u></u>	
IDENTIDADE: <u>002.023.119</u>	CPF: <u>009.552.904-73</u>
ENDEREÇO: <u>RUA: MUNDINHO MEDEIROS Nº 32</u>	

NOME DA VÍTIMA: JUCIER DE PAULA

DATA DO ACIDENTE: 16/09/2019 COBERTURA: Invalidez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

MOSSORÓ - RN = 24/9/2019
LOCAL E DATA

Jucier de Paula
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTARIADO DE MOSSORÓ - RN
Rua: 10 de Novembro, 10 - Centro - CEP: 55.000-000 - Mossoró - RN
Fone: (55) 3331.9919 - E-mail: notario@notario.mossoro.rn.gov.br

RECONHECER POR AUTENTICIDADE de: JUCIER DE PAULA
CPF: 113.402.364-27
E-mail: jucier@jucier.com.br
Mossoró - RN, 24 de setembro de 2019 às 18h
Roberto Alves da Costa Fernandes - Tabelião
E-Office: E-mail: 2455483@rn.jf.br - Fone: (55) 3331.9919

AA00173

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459372/19

Vítima: JUCIER DE PAULA

CPF: 113.402.364-27

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 16/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUCIER DE PAULA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONNIE VON ETELVINO DA SILVA : 009.552.904-73

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

JUCIER DE PAULA : 113.402.364-27

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: 18/12/2019
Nome: RONNIE VON ETELVINO DA SILVA
CPF: 009.552.904-73

RONNIE VON ETELVINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709105

Vítima: JUCIER DE PAULA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONNIE VON ETELVINO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCIER DE PAULA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709105

Vítima: JUCIER DE PAULA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONNIE VON ETELVINO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JUCIER DE PAULA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709105

Vítima: JUCIER DE PAULA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONNIE VON ETELVINO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUCIER DE PAULA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JUCIER DE PAULA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **0000029386-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1. Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 353.402.364-27 4 - Nome completo da vítima: Jucier de Paula

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

5 - Nome completo: Jucier de Paula 6 - CPF: 353.402.364-27
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Mundinho Medeiros 9 - Número: 32 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Rimão 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59630-490
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel. (DDD): 59630-490

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as contas abidas. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 29386 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vetores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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, _____

Morrão - RJ 23/10/2019

Jucier de Paula

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA

6277 8017 0784 1809

0003

VALIDAR

10/24

JUCIER DE PAULA

0560 013 00029386-2

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190709105
Nome do(a) Examinado(a): Jucier de Paula
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Mundinho Medeiros, 32
Rincao Mossoro RN CEP: 59630-490
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.336.869
Data local do acidente: [16/09/2019]
Data local do exame: [27/12/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

OMBRO DIREITO - LAC

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OMBRO DIREITO - LAC - TRATAMENTO CONSERVADOR - IMOBILIZAÇÃO COM TIPÓIA POR 15 DIAS.
Data da Alta: 16/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

DOR/ LIMITAÇÃO LEVE À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(☒) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(☒) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DOR/ LIMITAÇÃO LEVE À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth Filard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190709105
Nome do(a) Examinado(a): Jucier de Paula
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Mundinho Medeiros, 32
Rincao Mossoro RN CEP: 59630-490
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.336.869
Data local do acidente: [16/09/2019]
Data local do exame: [27/12/2019] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

OMBRO DIREITO - LAC

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OMBRO DIREITO - LAC - TRATAMENTO CONSERVADOR - IMOBILIZAÇÃO COM TIPÓIA POR 15 DIAS.
Data da Alta: 16/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

DOR/ LIMITAÇÃO LEVE À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(☒) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(☒) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DOR/ LIMITAÇÃO LEVE À AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Elizabeth Filard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES DE
MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044490/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2019 08:54 Data/Hora Fim: 19/09/2019 09:23
Delegado da Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 18/09/2019 11:20

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Rua Florentina Gomes Barbosa

Bairro: Presidente Costa e
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Moto(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JUCIER DE PAULA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Serra do Mel Sexo: Masculino Nasc: 03/06/1988
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Justino de Paula Nome do Pai: Mario Pereira de Paula

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 113.402.364-27
RG - Carteira de Identidade: 002.338.869

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 32
Logradouro: R Mundinho Medeiros CEP: 59.630-490
Bairro: Rincão

Nome Civil: RONNIE VON ETELVINO DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 08/06/1979
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Maria das Dores da Silva Nome do Pai: Alder Etelevino da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.552.904-73
RG - Carteira de Identidade: 002.023119

Endereço

Município: Mossoró - RN Nº: 32
Logradouro: R Mundinho Medeiros CEP: 59.630-490
Bairro: Rincão



Delegado da Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: Luiz Valério de Sales Nobre
Data de Impressão: 19/09/2019 09:23
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES DE
MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044490/2019

Telefone: (84) 98620-6564 (Celular)

Nome Civil: MARIA JUSTINO DE PAULA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1968

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Eliza Galdino Nogueira

Nome do Pai: João Justino da Neves

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 010.821.964-01

RG - Carteira de Identidade: 002.113.103

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: R Mundinho Medeiros

Nº: 32

Bairro: Rincão

CEP: 59.630-490

Telefone: (84) 86382-1678 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição veículo tipo motocicleta

CPF/CNPJ do Proprietário 010.821.964-01

Placa NQB9452

Renavam 00316659070

Número do Motor JF25E-B003010

Número do Chassi 9C2JF2500BR003010

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor VERMELHA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo HONDA/LEAD 110

Modelo HONDA/LEAD 110

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 06/11/2018

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jucier de Paula

Possuidor

Maria Justino de Paula

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Descrição Veículo tipo automóvel de placas não identificadas

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: José Vieira do Castro
Impressão por: Luiz Valério de Sales Nobre
Data de Impressão: 15/09/2019 09:23
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



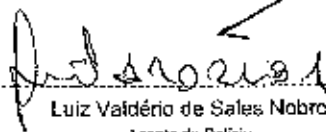
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES DE
MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044490/2019

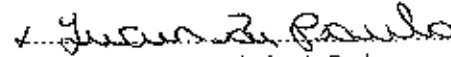
O comunicante, que não tem CNH (Carteira Nacional de Habilitação), compareceu a esta delegacia de polícia, para noticiar que no dia, hora e local supracitados, se encontrava pilotando uma motocicleta acima mencionado, de propriedade da sua genitora, quando um outro veículo, de placas não identificadas, saiu de uma rua, sem observar a motocicleta do declarante, vindo o declarante a colidir, sofrendo lesão conforme consta no boletim de atendimento nº. 61562/2019 do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia; QUE: após o acidente de trânsito, o condutor do veículo causador do acidente de trânsito se evadiu do local, sem esperar a equipe de trânsito para a perícia no local QUE: relatou ainda o declarante que foram arroladas as testemunhas que presenciou o acidente de trânsito. E nada mais disse.

ASSINATURAS


Luiz Valdério de Sales Nobre

Agente de Polícia
Matrícula 470.249-1

Responsável pelo Atendimento


Jucir de Paula

(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins que sou o(a) Ento(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibrei, conforme previsto na Artigo 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

