



Número: **0807600-20.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **28/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (AUTOR)		RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56738340	15/06/2020 16:22	2727473_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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:	27/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300010758-0

Nr. da Autenticação 82713151FBBE1878



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.

Descrição do exame físico: TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DE SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X P.1-3(BAM) P.5(RELATÓRIO) 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



**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

Número do Sinistro: 3190717546
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Edvan da Silva Sales
Endereço do(a) Examinado(a): Olegario Filgueira Leao, 811
Rincao Mossoro RN CEP: 59615-548
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001882164 em mento
Data local do acidente: [20/09/2019]
Data local do exame: [21/01/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO: SUTURA / FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO: TRATAMENTO CONSERVADOR. LESÃO EM 2º QDD - SUTURA. Data da Alta: 20/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.
- IV. Nexô de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.
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" () "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)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Elizabeth Fillard Tongolo
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para dúvidas sobre autos e de falas): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 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 COAF.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguros. Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RENATA RAMYRA DE MARQUES TENEIRA E GARCIA MEDeiros

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.949.294 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES inscrito (a) no CPF sob o nº 968567984 / 72

do sinistro de DPVAT, cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

inscrito (a) no CPF sob o nº 968.567.934 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: - e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro, sob as penas da Lei nº 9.613/98, que a presente declaração é verdadeira e que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

RUA DOS PERCEIROS

Número:

26

Complemento:

SALA 71

Bairro:

PARC. COSTA E SILVA

Cidade:

MOSSORÓ

Estado:

RN

CEP:

59.625-366

E-mail:

ramyraramyra@hotmail.com

Tel. (DDD):

(84) 99999-8044

Local e Data: MOSSORÓ, RN, 11 DE DEZEMBRO DE 2019.

Renata Ramyra de M. T. G. Medeiros

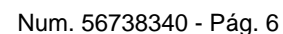
Assinatura do Declarante

LDRL001 V001/2017



SAMUELSON

Dra. Ana Rafaela Nascimento e cols.
CRM/RN 3464



SESA RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61949 /2019

Admissão: 20/09/2019 16:53:57

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (50 a 5 m 21 d)
 Nascimento: 30/03/1969 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 702806186161461 CPF: 96856793472 Prof:
 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES
 Logradouro: OLEGARIO FILIZUEIRA LEAO, 811 Cidade: MOSSORO
 CEP: 59649889 Bairro: RINCAO
 Telefone: 84.994295973 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO
 Origem: SAMU RN Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

20/09/2019 16:51:17

HORA	P.A.	IGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTOQUEIRO, PACIENTE APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE

Hora: 17:10

Paciente encaminhado da UPA para NCR. História de colisão moto-carro.
 Estável hemodinamicamente. Refere cefaleia e náuseas, amnésia anterógrada.
 Abdome e tórax sem alterações ao exame físico. Glasgow 15.

Solicitado TC de crânio e avaliação NCR

Alta da cirurgia geral.

Atenção da BMS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORO 19/10/2019

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
NCR			
Glasgow 15, sem déficit			
TC crânio normal			
Alta da NCR			

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

CID

Proc:

Data:

/

/19.

Hr:

Médico:

(Assinar e

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 20 de Setembro de 2019.
 Carimbar)

BMF 18:53

61949

Vítima de acidente com
motocicleta, porta trauma fatal
com ferida contundente no
menbrão superior na VPA

Recebido pela Unidade Geral
e não que devam alta

Somente TC de Face

20/09/19

Dr. João Paulo Siqueira
Cirurgião Geral
CRM 11111

Proi. 1326

BMF 19:29

pre-estudo, TC de face apertado
fratura de parietal de lado esquerdo
sem deslocamento significativo

col. T6 conservado
Alta BMF e orientações

Dr. Adriano Albuquerque
Cirurgião Geral
CRM 11111

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO PIAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 19/11/2019

SAME / ARQUIVO



subno } lesão em 2º grau -
meto

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Bouças
CRM/RN 9564

SF 0,9% 500 ml

Plant 6 SF

Colmeia 6 SF

1/5 litro

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Bouças
CRM/RN 9564

AB 10W

Audimor

Tend 100% SFA + 100 ml de 100 ml

SF 0,9% EU

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Bouças
CRM/RN 9564

AB 10W
Audimor





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Do NRTM,

Encontra-se Atoia Edna de
Sá Sales, 50 anos, vítima
de acidente de moto, trazido por
populares, apresentando TCE,
deformais, epistaxe e edema
no palpebro D.

Exame em (conferir), exame a
análise

MV+ DIRA, SPO2 96%

RCR, RT, BVF, diáspora FC: 86

exame em MMSS

Exame em MMSS

Data: 20/9/15

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças
RBRN 9564

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO FARIAS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
CAME MOSSORÓ 19/11/2019

SAME / ARQUIVO





Zona Sul de Energia Elétrica - Criação 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, Bairro, Natal - RN, CEP 50305-000
CNPJ 08.324.196/0001-21 | Insc. Est. 03.653.195-9 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ROGERLAN PRINHEIRO DINIZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOS PEREIRO 23 SL-11

CPF: 057.481.894-45

PRESIDENTE COSTA E SILVA RFA UREA
MOSEBORO RN
59625-360

CLASSIFICAÇÃO

ES COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

PERÍODO DE FATURAMENTO: 05/2019
123557228 UNICA 02/03/2019
ANEXO 05/2019 05/2019 05/2019
03/05/2019 30/04/2019 30/06/2019

NOTA FISCAL
7014344637 05/2019
DATA DE EMISSÃO: 10/05/2019
DATA DE VENCIMENTO: 04/06/2019
TOTAL A PAGAR: 48,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
60,000000	17,6650228	49,78
		0,02
		4,01
		48,88

TOTAL DA FATURA

48,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DIFERENÇA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
740201430	CAT	30/04/2019	242,00		08/05/2019	310,00	27	1,0000			88,00

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
Geração de Energia	R\$ 15,28	25,42%	
Transmissão	R\$ 1,62	3,34%	
Distribuição (Custo)	R\$ 10,00	20,47%	
Impostos	R\$ 2,00	4,11%	
Outros	R\$ 2,35	4,81%	
TOTAL	R\$ 11,42	23,41%	
	R\$ 49,88	100,00%	



888200000000-2 488800000000-4 01434463720-4 01226081913-8

48,88
TOTAL A PAGAR
R\$ 48,88

NOTA FISCAL
BC57.504.401.6 BLOQUEIO EMISSÃO FISCAL

NOTA FISCAL
BC57.504.401.6 BLOQUEIO EMISSÃO FISCAL

NOTA FISCAL
BC57.504.401.6 BLOQUEIO EMISSÃO FISCAL

NOTA FISCAL
BC57.504.401.6 BLOQUEIO EMISSÃO FISCAL

NOTA FISCAL
BC57.504.401.6 BLOQUEIO EMISSÃO FISCAL

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14823480

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

ASSISTÊNCIA DO PORTADOR

RENATA FREITAS DA SILVA

OBSERVAÇÕES

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME
RENATA KAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E
GARCIA MEDEIROS

FILIAÇÃO
MIGUEL NETO DE MEDEIROS
ROSINEIRE MARQUES TEIXEIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE
CARAUBAS-RN

DATA DE NASCIMENTO
07/06/1989

CPF
075.949.284-99

NO
002749748 - ITUPIRN

DATA DE CANCELAMENTO
01/28/04/2018

DECLARAÇÃO DE CANCELAMENTO
NÃO DECLARADO

PACIO DE SOUZA CONTINHO FILHO
PRESIDENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº: **014852077947**

VIA: ☐ COD. RENAVAM: ☐ REN. TRC: ☐ EXERCÍCIO: ☐ 2019

01109783516

NOME: **ANTONIO REYAN DA SILVA SALES**

12 - CPF / CNH: **959.567.934-72**

PLACA: **GGJ6918**

PLACA ANT./UF: **GGJ6918 / RN**

ESPECIE TIPO: **PASSEIRO / MOTOCICLISTA**

COMBUSTÍVEL: **ALCOOL-GASOL**

MARCA / MODELO: **HONDA / CG 160 FAN ESDI**

CAP / POT / Q/L: **162 / 12.5 / 12.5**

CATEGORIA: **2**

COT. ÚNICA: **R\$ 0.00**

PREMIO TOTAL (R\$): **5.634,220 / 0001-55**

DATA: **10/09/2019**

ALIAN. FID. EM FAVOR DE: **BANCO HONDA S/A**

MOTOR: **KC22E0R005002**

MOSSORO / RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014852077947 / BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2019** DATA EMISSÃO: **10/09/2019**

VIA: ☐ CPF / CNH: **959.567.934-72** PLACA: **GGJ6918**

RENAVAM: **01109783516** MARCA / MODELO: **HONDA / CG 160 FAN ESDI**

ANO FAB: **2016** CAT. TRC: **2** Nº CHASSI: **9C21KC2200HR005001**

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$): **5.634,220** DON. TRC (R\$): **0.00** CUSTO DO SEGURO (R\$): **0.00**

CUSTO DO BILHETE (R\$): **0.00** JOP (R\$): **0.00** TOTAL DO SEGURO (R\$): **5.634,220**

DATA DE QUITAÇÃO: **10/09/2019**

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ: **06.228.600/0001-04**



1157761707



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para dúvidas sobre autos e de falas): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 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 COAF.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguros. Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/18.

Pelo exposto, eu RENATA RAMYRA DE MARQUES TENEIRA E GARCIA MEDeiros

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.949.294 / 89 na qualidade de Procurador (s) / Intermediário (ã) do Beneficiário

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES inscrito (a) no CPF sob o nº 968567944 / 72

do sinistro de DPVAT, cobertura INVALIDEZ da vítima ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

inscrito (a) no CPF sob o nº 968.567.934 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: - e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro, sob pena de falsidade, que a informação fornecida é verdadeira e correta, sob pena de responder pelo crime de falsidade de declaração, previsto no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA DOS PERCEIROS</u>	Número: <u>26</u>	Complemento: <u>SALA 71</u>
Bairro: <u>PARC. COSTA E SILVA</u>	Cidade: <u>MOSSORÓ</u>	CEP: <u>59.625-366</u>
E-mail: <u>ramyraramyra@hotmail.com</u>	Estado: <u>RN</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 99996-8044</u>

Local e Data: MOSSORÓ, RN, 11 DE DEZEMBRO DE 2019.

Renata Ramyra de M. T. G. Medeiros
Assinatura do Declarante

LDRL001 V001/2017





Zona Sul de Energia Elétrica - Criação pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
Companhia Energética de Rio Grande do Sul
Rua Mariz, 100, Bairro, Natal - RN, CEP 50305-000
CNPJ 08.324.196/0001-21 | Insc. Est. 03053195-9 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ROGERLAN PRINHEIRO DINIZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOS PEREIRO 23 SL-11

CPF: 057.481.894-45

PRESIDENTE COSTA E SILVA RFAUREA
MOSEBORO RN
59625-360

CLASSIFICAÇÃO

ES COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

PERÍODO DE FATURAMENTO: 05/2019
123557238 UNICA 02/03/2019
ANTERIOR: 05/2018 123557238
03/05/2019 3010490959 700668

NOTA FISCAL
7014344637 05/2019
DATA DE EMISSÃO: 10/05/2019
DATA DE VENCIMENTO: 04/06/2019
TOTAL A PAGAR: 48,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo (kWh)	60,000000	49,78
Arrecimação Sistema de Proteção		0,02
Contribuição Financeira		4,01
TOTAL DA FATURA		48,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
7014344637	CAT	30/04/2019	24/00		08/05/2019	310,00	310,00	25	1,20000		60,00

DESCRIÇÃO	VALOR UNIT.	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
Consumo (kWh)	R\$ 15,28	39,25	R\$ 599,25
Arrecimação Sistema de Proteção	R\$ 1,02	1,00	R\$ 1,02
Contribuição Financeira	R\$ 10,00	1,00	R\$ 10,00
TOTAL A PAGAR			R\$ 609,27



888200000000-2 488800000000-4 01434463720-4 01226061913-8

48,88
TOTAL A PAGAR
DATA DE VENCIMENTO: 04/06/2019
CNPJ: 08.324.196/0001-21

NOTA FISCAL
CNPJ: 08.324.196/0001-21
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 03053195-9
CNPJ: 08.324.196/0001-21

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA
PAGAMENTO À VISTA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

068567934-72

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

068567934-72

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

ASS

RUA CLEGARIO FILGUEIRA LEÃO

811

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

RINCAO

MOSSORO

RN

59600-001

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

antonioedivan@gmail.com

184 99666-8044

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 COPIA:

☒ 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:

☒ B. BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CORRITA:

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 este é um 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 (assinale 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)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) e/ou nascidos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSORO - RN 22/12/2019

Antonio Edivan da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Edivan da Silva Sales

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1344833717

IMPRIMIR

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOSZ 150, BAÍDO NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055191-0		 COSERN Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 Ligação Gratuita: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-ARSEP 0800 727 0157 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis	
DADOS DO CLIENTE JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 05/12/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 91,38	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/11/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 28/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 033795573	CONTA CONTRATO 7003077807 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO 811 -RINCAO/AREA URBANA - 59600-001 MOSSORO RN -		CONSUMO 113	
PERÍODO CONSUMO 29/10/2019 a 28/11/2019		ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 14,60	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		VIA PARA PAGAMENTO	
Destaque aqui			
CONTA CONTRATO 7003077807	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 91,38	VENCIMENTO 05/12/2019
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
838000000009 913800384074 003077807205 013202455736			
			

19/12/2019 08:5



**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

Número do Sinistro: 3190717546
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Edvan da Silva Sales
Endereço do(a) Examinado(a): Olegario Filgueira Leao, 811
Rincao Mossoro RN CEP: 59615-548
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001882164 em mento
Data local do acidente: [20/09/2019]
Data local do exame: [21/01/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO: SUTURA / FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO: TRATAMENTO CONSERVADOR. LESÃO EM 2º QDD - SUTURA. Data da Alta: 20/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.
- IV. Nexô de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.
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" () "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)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Elizabeth Hillard Tongolo
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 10:56 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:28
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 16:13

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: rua chico branco

Bairro: Rincão

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTÔNIO EDIVAN DA SILVA SALES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Governador Dix- Sexo: Masculino Naso: 30/03/1969
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Rita da Silva Filha

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1882164

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: rua-olegario figueira leandro
Bairro: rincão

Nº: 811

Nome Civil: JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Naso: 07/02/1981
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Jacira Francisca do Nascimento Nome do Pai: José Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: rua-olegario figueira leandro
Bairro: rincão

Nº: 811

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 968.567.934-72 Placa: QGJ6918



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data de Impressão: 27/11/2019 11:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

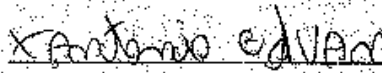
Renavam: 01100783510	Número do Motor: KC22E0H005002
Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001	Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Mossoró	Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 31/10/2016	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Edvan da Silva Sales	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O declarante relata que conduzia o veículo citado na data hora e local mencionado conduzindo sua esposa de nome acima mencionado, quando se envolveram em um acidente de trânsito e ambos sofreram lesões corporais, o declarante relata que a perla de trânsito esteve no local e confeccionou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente bo, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovamento do fato, uma vez que o presente boletim é apenas para solicitação de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Regina Fátima Santos
Agente de Polícia
Matrícula 83.682-0
Responsável pelo Atendimento


Antonio Edvan da Silva Sales
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que eu (ou) minha(s) responsável pela informação acima apresentada e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Condição Caluniosa e 240-Comunicação Falsa da Ordem de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan da Queiroz
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data de Impressão: 27/11/2019 11:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:22:15

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516221491400000054539274>

Número do documento: 20061516221491400000054539274

Num. 56738340 - Pág. 21



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

068567934-72

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

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 EDIVAN DA SILVA SALES

6 - CPF:

068567934-72

7 - Profissão:

ASS

8 - Endereço:

RUA CLEBARIO FILEEIRA LEÃO

9 - Número:

811

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RINCÃO

12 - Cidade:

MOSSORÓ

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59600-003

15 - E-mail:

kennethxamora@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

84199666-8044

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\$1.00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (41)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3064

CON(A):

0030000168

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 informado, 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 (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 nascituro (a nascita)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSORÓ - RN 22/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019

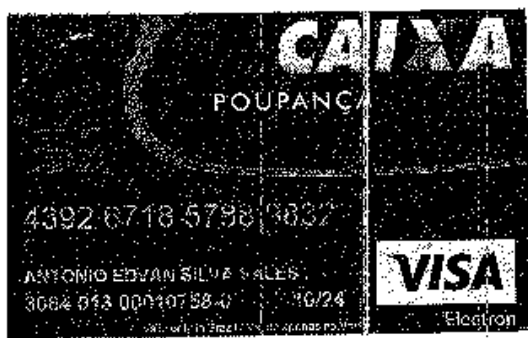


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:22:15

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516221491400000054539274

Número do documento: 20061516221491400000054539274

Num. 56738340 - Pág. 22





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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300010758-0

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,





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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

Pag. 01889/01900 - carta_02 - INVALIDEZ

00060950



Carta nº 15325637



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:22:15

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516221491400000054539274>

Número do documento: 20061516221491400000054539274



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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 15300000

Pag. 01683/01684 - carta_01 - INVALIDEZ



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:	27/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300010758-0

Nr. da Autenticação 82713151FBBE1878



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTÔNIO EDIVAN DA SILVA SALES
Brasileiro(a), data do acidente: 20/09/2019, cobertura: INVALIDEZ
estado civil: CASADO, profissão: ASG
Portador(a) do RG nº 001.882.164 e CPF nº: 968967934-72
Residente e domiciliado na: RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO
nº 811, bairro: RINCÃO, município: MOSSORÓ
estado: RN, CEP: 59600001

OUTORGANDO: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/RN 16.669, portadora do RG nº 002.749.749 SSP/RN e CPF nº 075.949.294-89, com escritório profissional na Rua dos Pereiros, 23, Presidente Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-360. Telefone (84)99666-8044, email: renataramyra@hotmail.com

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referente ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

MOSSORÓ, 33 de DEZEMBRO de 2019.

x Antônio Edivan da Silva Sales
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466428/19

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

CPF: 968.567.934-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS : 075.949.294-89

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

ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES : 968.567.934-72

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: 23/12/2019
Nome: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS
CPF: 075.949.294-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA ME

ALCIMARIA DA SILVA LIMA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DE SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X P.1-3(BAM) P.5(RELATÓRIO) 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DE SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X P.1-3(BAM) P.5(RELATÓRIO) 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº: **014852077947**

VIA: ☐ COD. RENAVAM: ☐ EXERCÍCIO: ☐ DATA: ☐

REN. ITC: ☐ EXERCÍCIO: ☐ DATA: ☐

NOME:

ANTONIO REYAN DA SILVA SALES

CPF/CNPJ:

589.567.934-72

PLACA:

00J6918

CHASSI:

9C27K2200HR005001

ESPECIE TIPO:

PASSAGEIRO/OTOC/OLIVA/VI

COMBUSTÍVEL:

ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO:

HONDA/CG 160 FAN ESDI

CAP/POT./CL:

125/16/2

CATEGORIA:

2910

COT. ÚNICA:

1

25/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$):

5.634,220/0001-55

DATA:

10/09/2019

ALIAN. FID. EM FAVOR DE:

BANCO HONDA S/A

MOTOR/KC22E0R005002

MOSSORO/RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014852077947 / BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: DATA EMISSÃO:

2019 10/09/2019

VIA: ☐ CPF/CNPJ:

959.567.934-72

PLACA:

00J6918

REN. ITC: MARCA/MODELO:

014852077947 HONDA/CG 160 FAN ESDI

CAP/POT./CL: Nº CHASSI:

125/16/2 9C27K2200HR005001

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$): DON-TRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): COT. ÚNICA (R\$): TOTAL DO SEGURO (R\$):

DATA DE QUITAÇÃO:

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.248.600/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.

Descrição do exame físico: TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.
2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.

Descrição do exame físico: TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14823480

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

ASSISTÊNCIA DO PORTADOR

RENATA FREITAS DA SILVA

OBSERVAÇÕES

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME
RENATA KAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E
GARCIA MEDEIROS

FILIAÇÃO
MIGUEL NETO DE MEDEIROS
ROSINEIRE MARQUES TEIXEIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE
CARAUBAS-RN

DATA DE NASCIMENTO
07/06/1988

CPF
075.949.284-09

NO
002749748 - IFEPIRN

DATA DE EXERCÍCIO
01/28/04/2018

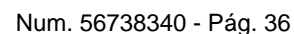
DECLARAÇÃO
NÃO DECLARADO

PAULO DE SOUZA CONTINHO FILHO
PRESIDENTE



SAMUELSON

Dra. Ana Rafaela Nascimento e cols.
CRM/RN 3444



SESA RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61949 /2019

Admissão: 20/09/2019 16:53:57

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (50 a 5 m 21 d)
 Nascimento: 30/03/1969 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 702806186161461 CPF: 96856793472 Prof:
 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES
 Logradouro: OLEGARIO FILIZUEIRA LEO, 811 Cidade: MOSSORO
 CEP: 59649889 Bairro: RINCAO
 Telefone: 84.994295973 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO
 Origem: SAMU RN *Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

20/09/2019 16:51:17

HORA	P.A.	IGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTOQUEIRO, PACIENTE APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE

Hora: 17:10

Paciente encaminhado da UPA para NCR. História de colisão moto-carro.
 Estável hemodinamicamente. Refere cefaleia e náuseas, amnésia anterógrada.
 Abdome e tórax sem alterações ao exame físico. Glasgow 15.

Solicitado TC de crânio e avaliação NCR

Alta da cirurgia geral.

AVANÇADO DA BMS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORO 19/10/2019

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
NCR			
Glasgow 15, sem déficits			
TC crânio normal			
Alta da NCR			

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

CID

Proc:

Data:

/

/19.

Hr:

Médico:

(Assinar e

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 20 de Setembro de 2019.
 Carimbar)

BMF 18:53

61949

Vítima de acidente com
motocicleta, porta trauma facial
com ferida contusiva no
mento da suturada na VPA

Recebido pela Unidade Geral
e um que devam alta

Somente TC de Face

20/09/19

Dr. João Paulo Siqueira
Cirurgião Geral
CRM 1326

BMF 19:29

pre-estudo, TC de face apertado
fratura de parede de seio maxilar (E)
sem deslocamento significativo

col. TF conservador
Alta BMF q orientações

Dr. Adriano Albuquerque
Cirurgião Especialista
CRM 1326

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO PIAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 19/11/2019
BIMF
SANE / ARQUIVO



subno } lesão em 2º grau -
meta

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Bouças
CRM/RN 9564

SF 0,9% 500 ml

Plant 6 SF

Colmeia 6 SF

1/5th

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Bouças
CRM/RN 9564

AB 100

Audimor

Tend 100% SFA + 100 ml de 100 ml

SF 0,9% EU

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Bouças
CRM/RN 9564

AB 100
Audimor





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Do NRTM,

Encontra-se Atoia Edna de
 Sile Sales, 50 anos, vítima
 de acidente de moto, ferido por
 populares, apresentando TCE,
 decompensação, epistaxe e edema
 no palpebro D.

Exame em (compuro), exame a
 an aliado

MV+ DIRA, S102 96X

PCR, RT, BVF, diapos FC: 86

exames e MMSS

Exame de Dr. Bruno (neuro-
 cirurgista)

Data: 20/9/15

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças
 RBRN 9564

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO FARIAS
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 FOME MOSSORÓ 19/11/2019

SAME / ARQUIVO



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTÔNIO EDIVAN DA SILVA SALES
Brasileiro(a), data do acidente: 20/09/2019, cobertura: INVALIDEZ
estado civil: CASADO, profissão: ASG
Portador(a) do RG nº 001.882.164 e CPF nº: 968967934-72
Residente e domiciliado na: RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO
nº 811, bairro: RINCÃO, município: MOSSORÓ
estado: RN, CEP: 59600001

OUTORGANDO: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS,
brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/RN 16.669, portadora do RG nº 002.749.749
SSP/RN e CPF nº 075.949.294-89, com escritório profissional na Rua dos Pereiros, 23,
Presidente Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-360. Telefone (84)99666-8044, email:
renataramyra@hotmail.com

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referente ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

MOSSORÓ, 33 de DEZEMBRO de 2019.

x Antônio Edivan da Silva Sales
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466428/19

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

CPF: 968.567.934-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS : 075.949.294-89

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

ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES : 968.567.934-72

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: 23/12/2019
Nome: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS
CPF: 075.949.294-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA ME

ALCIMARIA DA SILVA LIMA





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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 15300000

Pag. 01683/01684 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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

Pag. 01889/01900 - carta_02 - INVALIDEZ

00060950



Carta nº 15325637



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:22:15

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516221491400000054539274>

Número do documento: 20061516221491400000054539274



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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300010758-0

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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

4 - Nome completo da vítima:

068567934-72

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

068567934-72

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

ASS

RUA CLEBARIO FILEEIRA LEÃO

811

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

RINCÃO

MOSSORÓ

RN

59600-003

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

xmc@xmc.com.br@hotmail.com

84199666-8044

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\$1.00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (41)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3064

CON(A):

0030000168

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 informado, 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 (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 nascituro (a nascita)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Mossoró - RN 22/12/2019

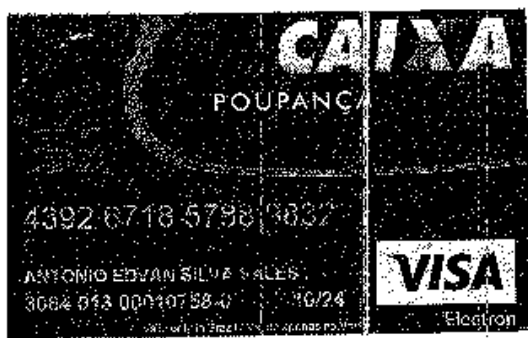
Antonio Edivan da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 10:56 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:28
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 16:13

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: rua chico branco

Bairro: Rincão

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTÔNIO EDIVAN DA SILVA SALES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Governador Dix- Sexo: Masculino Naso: 30/03/1969
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Rita da Silva Filha

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1882164

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: rua-olegario figueira leandro
Bairro: rincão

Nº: 811

Nome Civil: JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Naso: 07/02/1981
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Jacira Francisca do Nascimento Nome do Pai: José Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: rua-olegario figueira leandro
Bairro: rincão

Nº: 811

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 968.567.934-72 Placa: QGJ6918



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data da Impressão: 27/11/2019 11:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

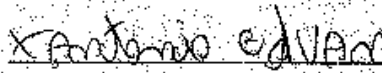
Renavam: 01100783510	Número do Motor: KC22E0H005002
Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001	Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Mossoró	Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 31/10/2016	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Edvan da Silva Sales	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O declarante relata que conduzia o veículo citado na data hora e local mencionado conduzindo sua esposa de nome acima mencionado, quando se envolveram em um acidente de trânsito e ambos sofreram lesões corporais, o declarante relata que a perla de trânsito esteve no local e confeccionou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente bo, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovamento do fato, uma vez que o presente boletim é apenas para solicitação de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Regina Fátima Santos
Agente de Polícia
Matrícula 83.682-0
Responsável pelo Atendimento


Antonio Edvan da Silva Sales
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que eu (ou) minha(s) responsável pela informação acima apresentada e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Condição Caluniosa e 240-Comunicação Falsa da Ordem de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan da Queiroz
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data de Impressão: 27/11/2019 11:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:22:15

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516221491400000054539274>

Número do documento: 20061516221491400000054539274

Num. 56738340 - Pág. 49

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

068567934-72

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

068567934-72

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COPIA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ B. BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0064

CONTA:

01300010458

AGÊNCIA:

CONTA:

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 este é um 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 (assinale 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)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) e/ou nascidos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSORO - RN

22/12/2019

Antonio Edivan da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Edivan da Silva Sales

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019