



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
56738 340	15/06/2020 16:22	<a href="#">2727473_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	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



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

Num. 56738340 - Pág. 1

## 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 DEFÍCIT 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. 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)

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):

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano:  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)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Elizabeth Fillard Tonello*  
Dra. Elizabeth Fillard Tonello  
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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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: 4020-1598 | Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação da 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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte 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 reaseguro. \* 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 TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 079.940.394 / 89, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES inscrito (a) no CPF sob o N° 968.567.934 - 72,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antônio Edivan da Silva Sales

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

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

Recuso informar

Declaro REVOCAR a declaração anterior, se houver alguma informação incorreta, falsa ou suspeita, quanto à veracidade das informações de comprovante de residência do declarado informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Bairro: Pais: COSTA E SILVA Email:	RUA DOS PEREIRAS Mossoró <u>renata.ramyra@gmail.com</u>	Número: Número: Estado: CEP:	Complemento: SALA 71 RN 59.625.366
			Tel. (DDD): (84) 99606-8044

Local e Data: Mossoró, RN, 11 de DEZEMBRO DE 2019

Renata Ramyra de M. T. L. Medeiros

Assinatura do Declarante

DUDR\_001\_V001/2017



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

Num. 56738340 - Pág. 5

UPA - Conchecita Ciarlini  
Confere com o original  
Mossoró - RN 01/06/19

		Estado do Rio Grande do Norte <b>Prefeitura Municipal de Mossoró</b> Secretaria Municipal de Saúde		SAMA / ARQUIVOS
FICHA DE ATENDIMENTO		Unidade: UPA CONCHECITA CIARLINI		
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/NP REGISTRO:		467472	Atendimento Nº:	714861
Nome: <b>ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES</b>		Idade: 30/03/1969 (50a 6m)	Sexo: Masculino	
Cartão SUS:	Nome da Mãe: <b>MARIA RITA DA SILVA FILHA</b>	Profissão:		
Endereço (Rua/Av.):		Nº:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	Telefone:	
Clinica: <b>CLÍNICA MEDICA</b>	CPF do paciente: 968.567.934-72	Data: 20/09/2019	Hora: 15:13	
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: <b>KENIA ALANDA</b>			
PRONTO ATENDIMENTO				
Assinatura do Paciente:				
<input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito				
Acolhimento com classificação de risco:				
Queixa:				
Antecedentes Alérgicos:				
HAS ( )	DM: ( )	Assinatura:	Classificação:	
ANAMNESE: <i>painel critico de quadro de mictite, tiques no fazenda, frio, febre alta, secca e dor abdominal. No final da noite.</i>				
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: 36 PA: 160x100 F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: 96 HGT: _____ <i>Glasgow 14 BES: absente, reflexos: hiper MV + ARA, ECG ST, RUE + Vagos Reflexos: + abd, reflexos F: extensor Exames: em nms: língua, cutâneo, urinário</i>				
COMPLEMENTAR: SEQUENCIAL				
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros				
Hipótese de Diagnóstico:				
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH. Saída: Data/Hora: _____ / _____ às _____ h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especializada <input type="checkbox"/> Internação no Hospital: <b>NLTH</b>				
CID: _____ Médico: (Carimbo e Assinatura)  Dra. Ana Paula Nascimento e Souza, CRM/RN 9864				



SESAE, RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 61949 /2019  
Admissão: 20/09/2019 16:53:57

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (60 b 5 m 21 d)  
Nascimento: 30/03/1969 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 702806166161461 CPF: 96856793472 Prof.  
Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES  
Logradouro: OLEGARIO FLUXUEIRA LEAO, 811 Cidade: MOSSORÓ  
CEP: 59649899 Bairro: RINCAO  
Telefone: 84 994295973 Compl:

**Motivo (alegado pelo paciente):** COLISAO - MOTOQUEIRO  
**Origem:** SAMURAI

#### **HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

**QUESTIONAMENTO MÉDICO: PACIENTE APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE**

**Queixas:** sd

Hora: 14:10  
Paciente encaminhado da UPA para NCR. Síntoma de colisão moto-carro.  
Estável hemodinamicamente. Referiu cefaléia e náuseas, amnésia anterógrada.  
Abdome e tórax sem alterações ao exame físico. Glasgow 15.

Solicitado TC de crânio e articulações NCR.

Alta da Pneuma quel

AV Airmen SA BMS

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMÉ MOSSORÓ 19.11.2019

SAME FASCIANO

### **Diagn. Inicial:**

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

218

Page

Data

19. Hr.

**Médico:**

*(Anterior)*

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

BMF 18:53

61.944

Vítima do acidente com  
unidade, por sua vez, é saída  
com ferida contusiva no  
máximo das costelas no VPA.

Recomendado para cirurgia geral  
é que este homem seja ALTR.

Somente te do face

20/09/19

Dr. Adilson Alves  
Cirurgião Plástico Oficial  
SANE MOSSORÓ  
Dhoi. 1326

BMF 19:28  
pte estab. te se fez dentro  
fratura de paralelo seis meses  
sem deslocamento significativo  
sem deslocamento significativo

colifto conservador  
Alto BMF d orientação

Dr. Adriano Alves  
Cirurgião Plástico Oficial  
SANE MOSSORÓ

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

BMA  
SANE / ARQUIVO



Maria Lúcia e 2º quinze de  
mento

Dra. Ana Patrícia Nascimento e Bouza  
CRM/RN 9584

58.000,00 reais  
Planejado  
economia  
juntas

6.000,00

Avidimais

Dra. Ana Patrícia Nascimento e Bouza  
CRM/RN 9584

Tendo 100% SFA → 100% de 100 =  
50.000,00 reais  
Dra. Ana Patrícia Nascimento e Bouza  
CRM/RN 9584

ABUSO  
Avidimais





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Do MRM,  
Enviado Atende Edna de  
Sique Sales, 50 anos, vítima  
de acidente de moto, falecido no  
hospital, apresentando TCEI  
populares, apneia, edema  
decefálico, epatite, edema  
de pulmão.  
Glossolalia (confusão), expresso —  
em delírio  
MVT DIRA, 500296X  
PCT, 2T, GVF, sangue SC: 86  
escoriações e MSS.  
Foi encaminhado ao Dr. Bruno (hemorragia)  
Assinatura e Carimbo  
Data: 20/9/19  
Dra. Ana Rafaela Nascimento e Souza  
RN 9564  
Assinatura e Carimbo  
Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO FARIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 19/11/2019

SIM  
SAME / ARQUIVO







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

NOME  
RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E  
GARCIA MEDEIROS

PLACA  
16669

MIGUEL NETO DE MEDEIROS  
ROSCIMIRE MARQUES TEIXEIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE  
CARAJÁPS, RN

DATA DE NASCIMENTO  
07/06/1989

RG  
002749740 - ITCR/RN

CPF  
075.949.294-89

SOAÚDE DE ORÇAMENTO E TECNOLOGIA  
NÃO DECLARADO

VIA  
EXPEDIDO EM  
01/28/2018

FUNDO DE COMMA CONHECIMENTO FED  
PRESIDENTE



DETAN - RN		
CERTIFICADO DE REGISTRO		
VIA	CÓD. BENAVAM	
07100782351		
ANTONIO REBELO JUNIOR		
CNPJ/CNPJ		
639.567.934-72		
PLACA ANTIGUA		
A209118 V/M		
ESPECIE TIPO		
MOTOCICLETA/SCOOTER/QUADRA		
MARCA / MODELO		
HONDA/CB 160 FAN ESST		
CAP. P/OT. GL		
CCV/162 CILINDRÍMETROS		
COIA ÚNICA		
I	AS 0,00	
P	FAIXA RIVA	PARCED
V	002852 3K	Nº 3
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - 0,00 (R\$)		
*** LICENCIAMENTO LET		
OBSE		
ALLEN. FFL. EM FAVOR DE:		
BANCO HONDA S/A		
MOTOR/KC22EQRUB5002		
MOSSORÓ/RN		

FATIVA DO BRASIL	
DAS CIDADES	
Nº 014852077907	
TRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
HONDA	
EXERCÍCIO	
2019	
NOOME	
PLA 34158	
PLACA	
055018	
CHASSI	
91200-000000000000	
COMBUSTÍVEL	
DOLTAVE	ÁLCOOL - GASOL
ANDRAB	ANDRAB - FAND MEX
CATEGORIA	POR PESO/MARCA
VICULAR	VERIFICA
ENC. COTA UNI.	VEIC. / COTAS
105/2019	1 - PAGO
MENTO / COTAS	2 - PAGO
45	3 - PAGO
PRÉMIO TOTAL (R\$) - COTA DE PAGAMENTO	
R\$ 1.000,00 - R\$ 1.000,00	
VALORES	
R\$ 634,230,000 - 55	
DATA	
10/04/2019	

SEGURADO: OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
RN Nº: 014852077947 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2019	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>	
<b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
<b>EXERCÍCIO</b> <input type="text" value="2019"/> <b>DATA EMISSÃO</b> <input type="text" value="10/03/2019"/>	
<b>CPF/CONEP</b> <input type="text" value="959.567.934-72"/> <b>PLACA</b> <input type="text" value="06J6918"/>	
<b>RENAVAM</b> <input type="text" value="PT104783510"/> <b>MARCA / MODELO</b> <input type="text" value="HONDA/CB 150 FAN ESSTI"/>	
<b>Nº CHASSI</b> <input type="text" value="SC2KC230CHR0058001"/>	
<b>PREMIO TARIFÁRIO</b>	
<b>ENVIAR</b> <input type="checkbox"/> <b>DELTATRON (13)</b> <input type="checkbox"/> <b>VALOR DO SEGURO (16)</b> <input type="checkbox"/>	
<b>VALOR DO BILHETE (15)</b> <input type="text" value="10,00"/> <b>TOTAL R\$ 100,00 R\$ 100,00 R\$ 00,00</b>	
<b>VALOR MÍNIMO</b> <input type="checkbox"/> <b>VALOR MÁXIMO</b> <input type="checkbox"/> <b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <input type="checkbox"/>	
<b>COBRADA</b> <input type="checkbox"/> <b>PARCELA DO</b> <input type="checkbox"/>	
<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 03.245.500/0001-04</b>	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTÍOLA MUNICIPAL DE HABILITAÇÃO

LIVIA KARINA DA SILVA SILVA  
001662154 1782  
968 567 934-72 30/03/1969  
FRANCISCO PEREIRA DE  
SALES  
MARIA RITA DA SILVA  
SILVA  
03000753560 16/06/2020 18/07/2006

LOCAÇÃO  
MOSSORÓ, RN 17/06/2016  
55605561019  
RN702426673

1157761707



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

Num. 56738340 - Pág. 14



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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: 4020-1598 | Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação da 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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte 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.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aberta, capitalização e reaseguro. <sup>2</sup> 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 TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 079.940.394 / 89, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES, inscrito (a) no CPF sob o N° 968.567.934 - 72,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima Antônio Edivan da Silva Sales,

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

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios;

Recuso informar

Declaro SOZINHA, que sou proprietária do imóvel que consta no meu nome na circular, tenho DPVAT, tenho direito ao seguro que consta no art. 299 do Código Penal.

Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
<u>PARC. COSTA E SILVA</u>	<u>MOSSORÓ</u>	<u>RN</u>	<u>59.625.366</u>
<u>renata.ramyra@gmail.com</u>			<u>(84) 99606-8044</u>

Local e Data: Mossoró, RN, 11 de DEZEMBRO DE 2019

Renata Ramyra de M. T. G. Medeiros

Assinatura do Declarante

DUDR\_001\_V001/2017



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

Num. 56738340 - Pág. 15





## 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
0268567934-72 ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES  
 6 - CPF: 0268567934-72  
 7 - Profissão: ASG  
 8 - Endereço: RUA ALLEGARIO FILgueira LEAO  
 9 - Número: 811  
 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: RINCÃO  
 12 - Cidade: MOSSORÓ  
 13 - Estado: RN  
 14 - CEP: 59600-001  
 15 - E-mail: [antonioedivan@gmail.com](mailto:antonioedivan@gmail.com)  
 16 - Tel.(DDD): 184 199666-8044

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 COPA-TM:  
 RECUZO 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:  B - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2044 CONTA: 0130003048  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo 24 - Data da morte 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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro(nascerá):  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 que assinou o pedido

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

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

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

38 - 1<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

FTESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Mossoró - RN 22/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.000/2019



[ Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1344833717 ]

IMPRIMIR

NOTA FISCAL   FAVURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA					
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b>  <b>COSERN</b>					
Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 Ligações Grátis: -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 Grátis de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187 Ligação Grátis de telefones fixos e móveis					
DADOS DO CLIENTE <b>JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA</b>	DATA DE VENCIMENTO <b>05/12/2019</b>  TOTAL A PAGAR <b>R\$ 91,38</b>				
ENDERECO RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO 811 -RINCAO/AREA URBANA- 59600-001 MOSSORÓ RN -	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/11/2019  DATA DA APRESENTAÇÃO 28/11/2019  NÚMERO DA NOTA FISCAL 033795573				
PERÍODO CONSUMO 29/10/2019 a 28/11/2019	CONSUMO 113				
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 18,00 valor do Imposto R\$ 14,60					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO				
Destaque aqui <table border="1"> <tr> <td><b>CONTA CONTRATO</b> 7003077807</td> <td><b>MÊS/ANO</b> 11/2019</td> <td><b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 91,38</td> <td><b>VENCIMENTO</b> 05/12/2019</td> </tr> </table> <p>B38000000009 913800384074 003077807205 013202455736</p> 		<b>CONTA CONTRATO</b> 7003077807	<b>MÊS/ANO</b> 11/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 91,38	<b>VENCIMENTO</b> 05/12/2019
<b>CONTA CONTRATO</b> 7003077807	<b>MÊS/ANO</b> 11/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 91,38	<b>VENCIMENTO</b> 05/12/2019		
<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> <b>Evite dobrar e perfurar ou rasurar.</b> <b>Este cartão será usado em leitora ótica.</b>					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					

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 DEFÍCIT 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. 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)

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):

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano:  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)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA 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: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Governador Dix-Sept Rosado Sexo: Masculino Nasc: 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

Nº: 811

Bairro: rincão

Nome Civil: JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA (VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 07/02/1981  
Profissão: Do Lar  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Jaclia Francisco do Nasimento Nome do Pai: Jose Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua-olegario figueira leandro

Nº: 811

Bairro: rincão

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: 01100783810

Número do Motor: KC22E0H005002

Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001

Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016

Cor: VERMELHA

UF Véículo: Rio Grande do Norte

Município Véículo: Mossoró

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Véículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização Denatran: 31/10/2016

Situação do Véículo: 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 ACMa mencionado, quando se envolveram em um acidente de trânsito e ambos sofreram lesões corporais, o declarante relata que a perfeita de trânsito esteve no local e conferenciou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente boleto, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovação do fato, uma vez que o presente boleto é apenas para solicitação de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Reginaldina Santos  
Agente da Polícia  
Matrícula 63.592-0.  
Responsável pelo Atendimento

Antonio Edvan da Silva Sales  
(Vítima / Complainante)

"Declaro para os devidos fins de efeitos que sou eu (a) o(a) responsável pelas informações acima relacionadas e que posso responder civil e criminalmente pelo presente Boletim, que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Ocorrenciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



## 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: 068567 934-72 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: 068567 934-72
7 - Profissão: ASG	8 - Endereço: RUA ALLEGARIO FILHO/ESCRIVÃO
11 - Bairro: RINCÃO	12 - Cidade: MОССОРС
15 - E-mail: xemelxamymxu@hotmail.com	9 - Número: 811 10 - Complemento: CASA
13 - Estado: RN	14 - CEP: 59600-003
16 - Tel.(DDD): 1841 99466-8044	

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 (ANEVAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  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)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 01300030708 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

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

Declaro, sob 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise da 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, §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)  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 (bebê nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve imóveis?  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 devido, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34 assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

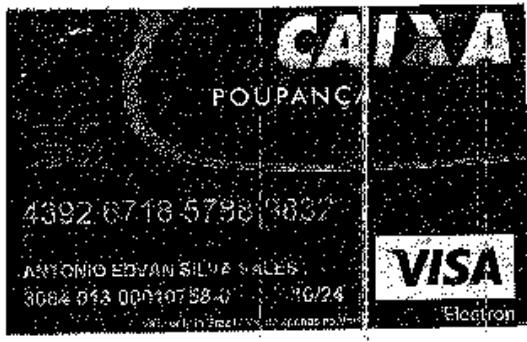
40 - Local e Data, \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_  
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.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516221491400000054539274>  
Número do documento: 20061516221491400000054539274

Num. 56738340 - Pág. 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 01899/01900 - 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

Num. 56738340 - Pág. 25



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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



01683/01684 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:22:15  
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151622149140000054539274>  
Número do documento: 2006151622149140000054539274

Núm. 56738340 - Pág. 26

# 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



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

Num. 56738340 - Pág. 27

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: ANTÔNIO EDIVAN DA SILVA SALES  
Brasileiro(a), data do acidente: 20/09/2019, cobertura: INVALIDEZ  
estado civil: CASADO, profissão: ASS  
Portador(a) do RG nº 001.882.164 e CPF nº: 068967934-42  
Residente e domiciliado na: RUA OLEGARIO FILgueira LEAO  
nº 815 bairro: RINCAO, município: MOSSORÓ  
estad: RN CEP: 59.600.001

**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, 31 de DEZEMBRO de 2019.

x Antônio Edivan 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/09/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/12/2019

Data do cadastramento: 23/12/2019

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

Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA  
CPF: 055.466.984-62

RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA ME

ALCIMARIA DA SILVA LIMA



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

Num. 56738340 - Pág. 29

## 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



DETAN - RN		
CERTIFICADO DE REGISTRO		
VIA	CÓD. BENAVAM	
07100782351		
ANTONIO REBELO JUNIOR		
CNPJ/CNPJ		
639.567.934-72		
PLACA ANTIGUA		
A209118 V/M		
ESPECIE TIPO		
MOTOCICLETA/SCOOTER/QUADRA		
MARCA / MODELO		
HONDA/CB 160 FAN ESST		
CAP. P/OT. GL		
CCV/162 CILINDRÍMETROS		
COIA ÚNICA		
I	AS 0,00	
P	FAIXA RIVA	PARCED
V	002852 3K	Nº 3
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - 0,00 (R\$)		
*** LICENCIAMENTO LET		
OBSE		
ALLEN. FFL. EM FAVOR DE:		
BANCO HONDA S/A		
MOTOR/KC22EQRUB5002		
MOSSORÓ/RN		

FATIVA DO BRASIL	
DAS CIDADES	
Nº 014852077907	
TRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
HONDA	
EXERCÍCIO	
2019	
NOOME	
PLA 34158	
PLACA	
055018	
CHASSI	
91200-000000000000	
COMBUSTÍVEL	
DOLTAVE	ÁLCOOL - GASOL
ANDRAB	ANDRAB - FAND MEX
CATEGORIA	POR PESO/MARCA
VICULAR	VERIFICA
ENC. COTA UNI.	VEIC. / COTAS
105/2019	1 - PAGO
MENTO / COTAS	2 - PAGO
45	3 - PAGO
PRÉMIO TOTAL (R\$) - COTA DE PAGAMENTO	
R\$ 1.000,00 - R\$ 1.000,00	
VALORES	
R\$ 634,230,000 - 55	
DATA	
10/04/2019	

SEGURADO: OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
RN Nº: 014852077947 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2019	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>	
<b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
<b>EXERCÍCIO</b> <input type="text" value="2019"/> <b>DATA EMISSÃO</b> <input type="text" value="10/03/2019"/>	
<b>CPF/CONEP</b> <input type="text" value="959.567.934-72"/> <b>PLACA</b> <input type="text" value="06J6918"/>	
<b>RENAVAM</b> <input type="text" value="PT104783510"/> <b>MARCA / MODELO</b> <input type="text" value="HONDA/CB 150 FAN ESSTI"/>	
<b>Nº CHASSI</b> <input type="text" value="SC2KC230CHR0058001"/>	
<b>PREMIO TARIFÁRIO</b>	
<b>ENVIAR</b> <input type="checkbox"/> <b>DELTATRON (13)</b> <input type="checkbox"/> <b>VALOR DO SEGURO (16)</b> <input type="checkbox"/>	
<b>VALOR DO BILHETE (15)</b> <input type="text" value="10,00"/> <b>TOTAL R\$ 100,00 R\$ 100,00 R\$ 00,00</b>	
<b>VALOR MÍNIMO</b> <input type="checkbox"/> <b>VALOR MÁXIMO</b> <input type="checkbox"/> <b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <input type="checkbox"/>	
<b>COBRADA</b> <input type="checkbox"/> <b>PARCELA DO</b> <input type="checkbox"/>	
<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 03.245.500/0001-04</b>	



## 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



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

Num. 56738340 - Pág. 33

## 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



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

Num. 56738340 - Pág. 34



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

NOME:  
**RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E  
GARCIA MEDEIROS**

NÚMERO:  
**16669**

FECHA DO  
**MIGUEL NETO DE MEDEIROS**  
**RUSIMIRE MARQUES TEIXEIRA DE MEDEIROS**

NATURALIDADE:  
**CARAÚBAS/RN**

DATA DE NASCIMENTO:  
**07/06/1989**

RG:  
**002749740 - ITCR/PRN**

CPF:  
**075.949.294-89**

SOAÇO DE ORDEM E TÉCNICO:  
**NÃO DECLARADO**

VIA:  
**EXPEDIDO EM**

**01 - 28/04/2018**

FUNDO DE GUINÉ CONTRIBUIU PELA  
PRESIDÊNCIA



UPA - Conchecita Ciarlini  
Confere com o original  
Mossoró - RN 01/06/19

		Estado do Rio Grande do Norte <b>Prefeitura Municipal de Mossoró</b> Secretaria Municipal de Saúde		SAMA / ARSUS
FICHA DE ATENDIMENTO		Unidade: UPA CONCHECITA CIARLINI		
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/NP REGISTRO:		467472	Atendimento Nº: 714861	
Nome: <b>ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES</b>		Idade: 30/03/1969 (50a 6m)	Sexo: Masculino	
Cartão SUS:	Nome da Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA		Profissão:	
Endereço (Rua/Av.):		Nº:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	Telefone:	
Clinica: <b>CLÍNICA MEDICA</b>	CPF do paciente: 968.567.934-72	Data: 20/09/2019	Hora: 15:13	
Motivo da Procura:	Rubrica Servidor: KENIA ALANDA			
PRONTO ATENDIMENTO				
Assinatura do Paciente:				
ACOLHIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito				
Acolhimento com classificação de risco:				
Queixa:				
Antecedentes Alérgicos:				
HAS ( <input type="checkbox"/> )	DM: ( <input type="checkbox"/> )	Assinatura:		Classificação:
ANAMNESE: paciente critico de acidente de moto, frangos na lombada, fratura na tibia refere que acidente há 6h no vermelho.				
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: 36 PA: 160x100 F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: 96 HGT: _____ Glasgow 14 BES: absente, reflexos: hipofis MV + ARA, ECG ST, RUE + níveis luminos em abdômen e pele F: extensa laringe em níveis: laringe catete enrosto				
COMPLEMENTAR: ECO, TAC, USG, etc.				
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros				
Hipótese de Diagnóstico:				
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH. Saída: Data/Hora: / / : : h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito				
<input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especializada: <input type="checkbox"/> Internação no Hospital: M/LTM.				
				CID: _____
				Médico: (Carimbo e Assinatura)  Dra. Ana Paula Nascimento e Souza, CRM/RN 9864



SESAE, RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 61949 /2019  
Admissão: 20/09/2019 16:53:57

## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (60 b 5 m 21 d) Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
 Nascimento: 30/03/1969 CPF: 96856793472 Prof.  
 CNS: 702806166161461 Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES  
 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Logradouro: OLEGARIO FLUXUEIRA LEAO, 811 Cidade: MOSSORÓ  
 Logradouro: OLEGARIO FLUXUEIRA LEAO, 811 Bairro: RINCAO Compl:  
 CEP: 59649899 Telefone: 84 994295973

**Motivo (alegado pelo paciente):** COLISAO - MOTOQUEIRO  
**Origem:** SAMURAI

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

**QUESTIONAMENTO MÉDICO: PACIENTE APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE**

**Queixas:** sd

Hora: 14:10  
Paciente encaminhado da UPA para NCR. Síntoma de colisão moto-carro.  
Estável hemodinamicamente. Referiu cefaléia e náuseas, amnésia anterógrada.  
Abdome e tórax sem alterações ao exame físico. Glasgow 15.

Solicitado TC de crânio e articulações NCR.

Alta de Pinaria que

AV Airmen SA BMS

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMÉ MOSSORÓ 19.11.2019

SAME FASCIANO

### **Diagn. Inicial:**

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

218

Page

Da

19. Mr.

**Médico:**

*(Anterior)*

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

BMF 18:53

61.944

Vítima do acidente com  
unidade, por sua vez, é saída  
com ferida contundente no  
máximo das costelas no VPA.

Recomendado para cirurgia geral  
é que este homem seja ALTR.

Somente te do face

20/09/19

Dr. Adilson Alves  
Cirurgião Plástico Oficial  
SANE MOSSORÓ  
Assinatura

BMF 19:28  
pte estab. te se fez o entro  
fraturo de parede de seis meses (E)  
sem deslocamento significativo  
sem deslocamento significativo

colifto conservador  
Alta BMF c/ orientações

Dr. Adriano Alves  
Cirurgião Plástico Oficial  
SANE MOSSORÓ

HOSPITAL REGIONAL TARCISO LIMA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 19/11/2019

BAL

SANE / ARQUIVO



Maria Lúcia e 2º quinze de  
mento

Dra. Ana Patrícia Nascimento e Bouza  
CRM/RN 9584

58.000,00 reais  
Planejado  
economia  
juntas

6.000  
Residuais

Dra. Ana Patrícia Nascimento e Bouza  
CRM/RN 9584

Tendo 100% SFA → 100% de 10.000  
58.000,00 reais  
Residuais

Dra. Ana Patrícia Nascimento e Bouza  
CRM/RN 9584





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITARIO

Do MRM,  
Enviado Atende Edna de  
Sique Sales, 50 anos, vítima  
de acidente de moto, falecido no  
hospital, apresentando quei  
debaixo, epatite, edema  
de órbita, edema  
e palpebra.  
Glossol 14 (confusão), expresso —  
em alerta  
MV + SIRA, 5002 96X  
PCT, 2T, GVF, sangue SC: 86  
escoriações e MSS.  
Foi encaminhado ao Dr. Bruno (hemorragia)  
Assinatura e Carimbo  
Data: 20/9/19  
Dra. Ana Rafaela Nascimento e Souza  
RN 9564  
Assinatura e Carimbo  
Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO FARIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 19/11/2019

SIM  
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: ASS  
Portador(a) do RG nº 001.882.164 e CPF nº: 068967934-42  
Residente e domiciliado na: RUA OLEGARIO FILgueira LEAO  
nº 815 bairro: RINCAO, município: MOSSORÓ  
estad: RN CEP: 59.600.001

**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, 31 de DEZEMBRO de 2019.

x Antônio Edivan Silva Sales  
**OUTORGANTE**



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

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466428/19

**Vítima:** ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

**CPF:** 968.567.934-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/09/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/12/2019

Data do cadastramento: 23/12/2019

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

Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA  
CPF: 055.466.984-62

RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA ME

ALCIMARIA DA SILVA LIMA



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

Num. 56738340 - Pág. 42



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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



230 01683/01684 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 15/06/2020 16:22:15  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151622149140000054539274>  
Número do documento: 2006151622149140000054539274

Núm. 56738340 - Pág. 43



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

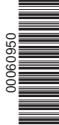
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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. 01899/01900 - 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

Num. 56738340 - Pág. 44



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



## 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: 068567 934-72 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: 068567 934-72
7 - Profissão: ASG	8 - Endereço: RUA ALLEGARIO FILHO 160
11 - Bairro: RINCÃO	12 - Cidade: MОССОРС
15 - E-mail: xemelxamymxu@hotmail.com	13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-003 16 - Tel.(DDD): 84 19966-8044

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 (ANEVAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPLANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (41)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 01300030708 (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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (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, §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)  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 (bebê nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve imóveis?  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 devido, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34  
assinatura  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

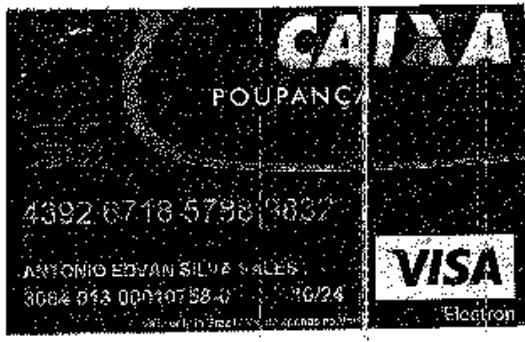
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061516221491400000054539274>  
Número do documento: 20061516221491400000054539274

Num. 56738340 - Pág. 47



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA 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: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Governador Dix-Sept Rosado Sexo: Masculino Nasc: 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

Nº: 811

Bairro: rincão

Nome Civil: JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA (VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 07/02/1981  
Profissão: Do Lar  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Jaclia Francisco do Nasimento Nome do Pai: Jose Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua-olegario figueira leandro

Nº: 811

Bairro: rincão

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz

Página 1 de 2

Impresso por: Regina Fátima Santos

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 27/11/2019 11:29

Protocolo nº: Não disponível

Sinesp



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

Renavam: 01100783810

Número do Motor: KC22E0H005002

Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001

Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016

Cor: VERMELHA

UF Véículo: Rio Grande do Norte

Município Véículo: Mossoró

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Véículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Última Atualização Denatran: 31/10/2016

Situação do Véículo: 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 ACMa mencionado, quando se envolveram em um acidente de trânsito e ambos sofreram lesões corporais, o declarante relata que a pericia de trânsito esteve no local e constatou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente boleto, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovação do fato, uma vez que o presente boleto é apenas para solicitação de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Reginaldo Fáthima Santos  
Agente da Polícia  
Matrícula 63.592-0  
Responsável pelo Atendimento

Antonio Edvan da Silva Sales  
(Vítima / Complainante)

"Declaro para os devidos fins de efeitos que sou eu (a) o(a) responsável pelas informações acima relacionadas e que posso responder civil e criminalmente pelo presente Boletim, que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Ocorrenciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro."



## 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 ASI: 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 N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES  
 6 - CPF: 068567934-72  
 7 - Profissão: ASG  
 8 - Endereço: RUA ALLEGARIO FILgueira LEAO  
 9 - Número: 811  
 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: RINCÃO  
 12 - Cidade: MOSSORÓ  
 13 - Estado: RN  
 14 - CEP: 59600-001  
 15 - E-mail: [antonioedivan@gmail.com](mailto:antonioedivan@gmail.com)  
 16 - Tel.(DDD): 184 199666-8044

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 COPA-TM:  
 RECUZO 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:  B - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Solicite para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 0130003048  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo 24 - Data da morte 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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 30 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 que assinou o rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

FTESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Mossoró - RN 22/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Antônio Edivan da Silva Lider*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.000/2019

