

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000020453-3

Nr. da Autenticação C261948241D9502D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200091844 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA

Descrição do exame físico: DOR, LIMITAÇÃO À ELEVÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: PERICIADA APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000755

Conta: 0000020453-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

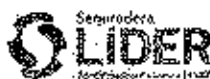
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05 | Central Ombudsman: 0800-022-91-31

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIO/RECEBER/DCLORIGINAL.ASP?N1=0115&CODIGO=28038>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 9.033/98.

Pelo exposto, eu Renaty Lenilson Lucio da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 074999384, 40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Angelica Sonally P. de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 046637753, 30
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Angelica Sonally P. de Souza
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 046637753, 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Coronel Gurgel</u>	Número: <u>330</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Alto da Conceição</u>	Cidade: <u>Morrore</u>	Estado: <u>PR</u>
CEP: <u>59600-200</u>	TAX (DDI): <u>(84) 99827-0066</u>	

Local e Data:

Morrore - PR 31/10/19

Renaty Lenilson Lucio da Silva
Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 53393 - ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA (29 a 1 m 7 d)

Nascimento: 18/10/1990

Natural: QUIXERE BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700505737876454

CPF: 04663775336

Prof:

Mãe: MARIA ELENI PEREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO FERNANDES DE SOUSA

Logradouro: CORONEL GURGEL, 110

CEP: 59600322

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92136063

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

PESO:

25/11/2019 17:19:53

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: COLISAO MOTO-CARRO, DOR EM REGIÃO CLAVICULAR E

Hora: 17:25

Paciente vítima de colisão carro-moto há cerca de 30 min. Refere que estava estacionado no momento do acidente. Foi trazido pelo SAMU e do período não registou de dor em membros. Não ruborizamento da pele ou edema, nem mesmo em membros. Não apresenta feridas abertas ou abcessos no sistema físico.

A. Visto: 1.40m, Pérsua, sem cervicalgia

B. Ausc. bilateralmente, sem ruídos pulmonares

C. Auscultação cardíaca: normal, PCP, em 27. BNP, sem S3 ou S4

D. Glasgow 15, Pupilas isocóricas e fotomédicas, 2 em 4, 4 em 4, 2 em 4, 4 em 4, 2 em 4, 4 em 4

E. Não estímulos em membros inferiores

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Solicito Rx de clavícula esquerda + avaliação do orto para traumatologia

Solicito Rx de coluna torco-lombos

Tubo 140x120, EV, 140x120, EV, 140x120, EV

Tubo 140x120, EV, 140x120, EV, 140x120, EV

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAMU MOSSORO 03/11/2019

SAME / ARQUIVO

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

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 25 de Novembro de 2019.

Carimbar)

(Assinar e

Victim de accidents de
 moto car cin + colles +
 captare cliviale P
 nervuscula OK
 fe car fe 115 mm
 cliviale P
 fe + alta

2

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 23/12/2019
Bina
SAME / ARQUIVO

**COSERN**

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
 Rua Vitorino, 150 - Balço, Natal - RN CEP 59035-050
 CNPJ 08.029.130/0001-01 | Fone: 51. 2015039-9 | www.cosern.com.br

Término Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE
 LUZIMAR FRANCISCO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 138.135.914-03

ALTO DA CONJURACAO/AREA URBANA
 MOESORO RN
 59600-200

CLASSIFICACAO
 RESIDENCIAL

0471244015

11/2019

07/11/2019

09/12/2019

12/08/19

ONCA

12/02/19

07/11/2019

Consumo Ativo (kWh)
 Acesso no Bandeira AMARELA
 Acesso no Bandeira VERMELHA
 Contrib. Imp. Pólitas Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
561,0000000	0,7651151	265,11
		0,02
		5,08
		22,16

TOTAL DA FATURA

290,40

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	ICMS	CORRECCAO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3130572029	CAI	08/02/19	2501200	07/11/2019	2586300	30	1,0000		251,00

PERÍODO	VALOR	VALOR DO ICMS	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	TOTAL
NOV-19	351	37,06	14,57	13,13	395,76
OUT-19	354	37,06	14,57	13,13	398,76
SEP-19	334	35,06	13,57	12,13	374,76
AUG-19	314	33,06	12,57	11,13	350,76
JUL-19	334	35,06	13,57	12,13	374,76
JUN-19	211	22,06	8,57	7,13	248,76
MAY-19	355	37,06	14,57	13,13	398,76
ABR-19	330	35,06	13,57	12,13	350,76
MAR-19	342	36,06	14,07	12,63	384,76
FEV-19	332	35,06	13,57	12,13	350,76
JAN-19	355	37,06	14,57	13,13	398,76
DEZ-19	351	37,06	14,57	13,13	395,76
NOV-19	350	36,06	14,07	12,63	382,76

Reserva de emergência para atendimento em situações de emergência, como desastres naturais, acidentes, etc. O valor é calculado com base no consumo médio mensal e no valor da tarifa de emergência.



CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TERMO	LIMITE	LIMITE
NOSSO	5,00	1,85	9,21	19,85	220	262	731
RE	0,00	3,23	6,47	12,95			
IC	5,00	3,73	7,47	14,95			



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, acesse o site www.seguradolider.com.br ou entre em contato através de um dos seguintes telefones:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 37

Eu, Renaty Lenilson Lucio da Silva
RG nº 002363893, data de expedição 03/12/14
Órgão SSP RJ, CPF nº 074999384-40

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Rua Coronel Gurgel
Número	3330
Apto/Complemento	Casa
Bairro	Alto da Conceição
Cidade	Morrore
Estado	RJ
CEP	59600-200
Tel. de contato	(84) 99380-5480
E-mail	Não Possui

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Morrore - RJ 31/12/14

Renaty Lenilson Lucio da Silva

Assinatura do Declarante

1003799336
PREMIUM PLASTIFICAR
O TITULAR DO VISTADO

RENANILSON LENTILSON LUCIO DA SILVA																													
	<table border="1"><tr><td>DATA DE NASCIMENTO</td><td>03/03/1981</td><td>SEXO</td><td>M</td></tr><tr><td>CPF</td><td>079.999.100-40</td><td>DATA DE EMISSÃO</td><td>05/03/2010</td></tr><tr><td colspan="4">LOCAL</td></tr><tr><td colspan="4">RENANILSON LUCIO DA SILVA</td></tr><tr><td colspan="4">PRIMEIRA RUBRICA DE SILVA</td></tr><tr><td>ASSINATURA</td><td>DATA</td><td>ASSINATURA</td><td>DATA</td></tr><tr><td>01/12/2019</td><td>05/03/2010</td><td></td><td></td></tr></table>	DATA DE NASCIMENTO	03/03/1981	SEXO	M	CPF	079.999.100-40	DATA DE EMISSÃO	05/03/2010	LOCAL				RENANILSON LUCIO DA SILVA				PRIMEIRA RUBRICA DE SILVA				ASSINATURA	DATA	ASSINATURA	DATA	01/12/2019	05/03/2010		
DATA DE NASCIMENTO	03/03/1981	SEXO	M																										
CPF	079.999.100-40	DATA DE EMISSÃO	05/03/2010																										
LOCAL																													
RENANILSON LUCIO DA SILVA																													
PRIMEIRA RUBRICA DE SILVA																													
ASSINATURA	DATA	ASSINATURA	DATA																										
01/12/2019	05/03/2010																												

LOCAL		DATA DE EMISSÃO
MOSFORDO RN		03/12/2014
ASSINATURA		DATA
		03/12/2014

1003799336

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIBADES

DETRAN - RN 12158-7 / CNP Nº 014851990738
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 0018390083 / EXERCÍCIO: 2019

NOME: LENNON NOGUEIRA DA SILVA

PLACA: 701.479-084 / PLACA: 0018390083

PLACA: 0018390083 / PLACA: 0018390083

TIPO: PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / CAMIONETE / ALCOOL / GASOLINA

MARKA / MODELO: HONDA / BIZ 125 BR

CAP / POT / CIL: 124 / 124 / 4 / CATEGORIA: PART. BIZ 125

COTA INICIAL: R\$ 0.00 / VENC. COFIN. ÚNICA: 26/08/2019

TAIXA LÍQUIDA: 002008.33 / PARCELAMENTO: 0023

TAXAS DETRAN: 2600 / PREMIO TOTAL: 2600

ALTEA, FID. EM FAVOR DE: 11.11.11 / ADMINISTRADORA DE CREDITO NACIONAL: BEXA LULA

MOTOR: 0018390083

MOBILIDADE: 0018390083

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

RN Nº 014851990738 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 128

PLACA: 701.479-084-72 / PLACA: 0018390083

RENAVAM: 0018390083 / HONDA/BIZ 125 BR

ANU-AB: 2012 / ANU-AB: 2012

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600

PREMIO: 2600 / PREMIO: 2600



SOM

Diretor Técnico:
Dr. Manoel Fernandes da Silveira
CRM Nº - 2999 RQE Nº - 1350

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14690

Angélica Soreny P. de Souza,
29 anos

Ⓢ Pontuação física

- Acidente motorcristiano em
25/11/2019, ci trauma em om-
bra esquerda, sendo diagnosi-
cado ci fratura do cúbito ul-
na.

- Submetido a tratamento ci-
rúrgico (osteossintese ci placa
e parafusos) 2-3 semanas, mas o
trauma.

- Fratura consolida / pouco de 25
mas ainda não está apta.

Cin: 542.9
Rua Pedro Velho, 320 - Sala 04 - Santo Antonio - Mossoro/RN
Fone: 84 3317 3227 - E-mail: som-ortopedia10@hotmail.com

CNPJ: 14.063.305/0001-57

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14690



Casos de emergência metropolitanas: 0020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 072 32 05 | Central Ouvidoria: 0800 072 91 31

<http://www2.usda.gov/bi/bibliography/lookuporiginal.aspx?i=016000000025000>

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 CBAP.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, "INSTITUIÇÃO PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO." 2. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.033/98.

Pelo exposto, eu

Renato Lenilson Lucio da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 074999384-40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Angelica Sonally P. de Sousa inscrita (a) no CPF sob o Nº: 046.637.153, 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Angelica Sonally V. de Souza

Inscrito(a) no CPF sob o Nº 046631153 / 30 conforme determinação da Circular Susep 465/12:

Terça-Feira, 11 de Dezembro de 2019



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mercator, 150, Baldo, Natal - RN CEP 50025-260
CNPJ 08.329.150/0001-61 | Fone: 51. 20135000 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUZIMAR FRANCISCO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

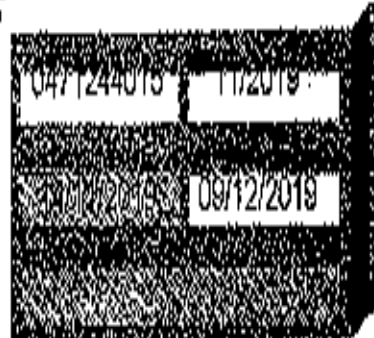
ALTO DA CONJUNÇÃO/REALIZAÇÃO
MOESORO RN
58850-200

**CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDÊNCIA**

RESIDENCIAL

32/08/19 09/12/19

09/11/2019 09/12/2019



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	551,00000000	0,75551161	265,11
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,02
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,08
Contrib. Imp. P.Ública Municipal			22,16

TOTAL DA FATURA

292,40

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE CONTAZINTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
313057020	CAI	09/02/19	2501230	07/11/2019	2501230	30	1,0000	251,00



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Ferreira, 150 - São João, Natal - RN, CEP 59025-050
CNPJ 08.974.184/0001-67; Insc. Est. 2.0055198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUZIMAR FRANCISCO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA
RUA DE CRISTÓVÃO COLARES

CPF: 09.136.934-00

ALTO DA CONCEIÇÃO AREA URBANA
MORRORO RN
59803-208

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

02/08/2019 08/12/2019
07/11/2019 08/12/2019

04/12/2019 11/2019
08/11/2019 08/12/2019

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Base (kWh)	551,0000000	3,75571428	2065,31
Acrescimo Bandeira AMARELA			8,02
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,08
Contrib. Tmn. Paises Mercopar			72,18
TOTAL DA FATURA			299,40

TP DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
210067200	CAT	08/11/2019	07/11/2019	30	1,0000	791,00

PERÍODO	VALOR	PERCENTUAL
NOV-19	261	87,15%
OUT-19	264	88,14%
SET-19	334	111,87%
AUG-19	314	104,85%
JUL-19	331	110,44%
JUN-19	305	101,83%
MAY-19	303	101,32%
APR-19	342	113,86%
FEV-19	337	112,74%
JAN-19	323	107,68%
DEZ-19	261	87,15%
NOV-18	280	92,34%

OS 3 OF 30 DIAS DE CADA MÊS DE CONSUMO



CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
100	0,00	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00
100	0,00	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00
100	0,00	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 722

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ANGELICA SONALLY PEREIRA SOUSA, 29 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 25/11/2019

Local da ocorrência: Rua: Alfredo Fernandes, Centro prox. a Igreja São Vicente.

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 17h 00min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Renarly Lenilson Lucio da Silva, 28 anos, portador de RG: 002.363.891.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA
MAT 405418-3

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3

Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró

Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN

Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915

e-mail: samumossoro@hotmail.com

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 046637753-30 4 - Nome completo da vítima: Angelica Sonally P. de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADRA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR EUSEP Nº 246/2001

5 - Nome completo: Angelica Sonally Pereira de Sousa 6 - CPF: 046637753-30
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Coronel Gurgel 9 - Número: 1430 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Momoio 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59600-200
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel. (fixo): (84) 9991270066

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: 0755 CONTA: 20453 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o aceite e a validade 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 a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não possui peritos para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a prossecução do processo de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica prestejada, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Momoio - RJ 17/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
BOAT 1106819

1 - LOCAL E DATA

Local RUA ALFREDO FERNANDES Bairro CENTRO
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. IGREJA SÃO VICENTE
Data 25/11/2019 Hora do acidente 14:15 Hora do registro 17:20 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Chuque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi QGT-7030 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. VW/UP TAKE MCV Cor BRANCA Ano 2012
Proprietário ELISMAYRE BATISTA DE SOUSA Nº de Ocupantes 2
Condutor ELISMAYRE BATISTA DE SOUSA Data de Nasc. 12/09/1983
Endereço AVENIDA RIO BRANCO Nº 223 Fone 9520 4275
Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 956.172.723-49 CNH Nº 06899531749 Validade 11/10/2022 Categoria B
Local de Trabalho CELEPAR FEDERAL Fone 99620 4225
End. AVENIDA ALBERTO FERNANDES Nº SIN Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi 044 3026 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. Yamaha 110 Cor PRATA Ano 2012
Proprietário LENNON LUCIO DA SILVA Nº de Ocupantes 2
Condutor LENNON LUCIO DA SILVA Data de Nasc. 22/03/1991
Endereço RUA CORONEL GURGEL Nº 110 Fone 99924-6418
Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 079.999.184-42 CNH Nº 04874841105 Validade 01/12/2019 Categoria AD
Local de Trabalho CLINICA DIFUSA MOSSORÓ Fone 99924 6418
End. RUA JUVENAL LAMMANN Nº _____ Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200091844
Nome do(a) Examinado(a): Angelica Sonally Pereira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Gurgel, 1110
Alto da Conceicao Mossoro RN CEP: 59600-200
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20070908154
Data local do acidente: [25/11/2019]
Data local do exame: [17/03/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

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

OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA

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

Tratamento: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA - OSTEOSÍNTESE
Data da Alta: 09/03/2020

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

DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

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

(☒) Sim () Não

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

(☒) Sim () Não

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

DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

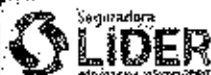
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

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


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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 046637753-30 3 - CPF da vítima: Angelica Sonally P. de Souza 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP. Nº 655/2011

5 - Nome completo: Angelica Sonally Pereira de Souza 6 - CPF: 046637753-30 7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Coronel Gurgel 9 - Número: 3330 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Momoio 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59600-200 15 - E-mail: Não Possui 16 - Telefone: (81) 99127 0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 25 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 anexado (ANEXAR CÓPIA):

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (344) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0755 CONTA: 20453 3 AGÊNCIA: _____ CÍNTA: _____
(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, a autoridade após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Gm) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude 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 pais/mães? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarão esta condição, estando sã, lúcida, e de livre e espontânea vontade, e qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

56

35 - Nome legível de quem assina a pedido (à roça)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (à roça)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (à roça)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

10 - Local e Data:

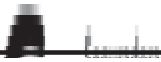
Momoio - RJ 27/12/19
Angelica Sonally Pereira
da Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

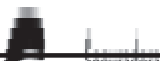
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200091844 **Vítima:** ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

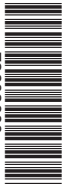
Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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,

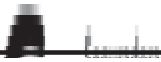
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01963/01964 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15610681

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



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000755

Conta: 0000020453-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

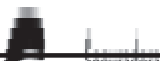
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200091844 Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

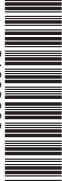
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000020453-3

Nr. da Autenticação C261948241D9502D

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073175/20

Número do Sinistro: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

CPF: 046.637.753-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA
CPF: 074.999.184-40

RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANGÉLICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA, brasileiro(a),
estado civil: CASADA, Profissão: AB: DE CAMPANETA Data do Acidente 25/11/19,
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 2007090815-4, órgão expedidor
SSP-CE e do CPF: 046.633-753-30, residente no(a)
Rua: Coronel Gungel nº 3110B
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

OUTORGADO:

Nome: RENARK LENILSON LUCIO DA SILVA, brasileiro(a)
estado civil: CASADO, Profissão: AUX. de Secretaria, portador(a) do RG
002363893, órgão expedidor SSP RN e do CPF: 034.999.184-40, residente
no(a) Rua: Coronel Gungel nº 3110B,
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: 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 e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, 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 - RN - 36/12/19

Local e Data

(Angélica Sonally Pereira de Sousa)

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



5º Serviço Notarial e Registral de Mossoró
Rua Coronel Vicente Sabóia, 123 A - Titular: MARINA DE SILVA MACHADO Cont.
18490181940 - verficar@mosso.ro@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
ANGÉLICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA
Confira em: <https://seidigital.tjn.jus.br>
Selo Digital: RN201800653210018884NJV
Mossoró-RN, 16 de dezembro de 2019 17:01
KESIA VALÉRIA DA SILVA GALDINO
ESCREVENTE AUTORIZADA N
Op: FLAVIA Eml: 2,93368QN: 0,14 - TOTAL: 2,97

AB933916

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200091844 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA

Descrição do exame físico: DOR, LIMITAÇÃO À ELEVÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: PERICIADA APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
1003799336

RENANILSON LENTISSON DIAS DA SILVA



CPF: 072.327.891-540

DATA DE NASCIMENTO: 07/12/1991

RENANILSON LENTISSON DIAS DA SILVA

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

DATA DE ADMISSÃO: 01/12/2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
1003799336

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

DATA DE ADMISSÃO: 01/12/2019

PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

DATA DE ADMISSÃO: 01/12/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 12150-7 / 0085-1 / 014851990738
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

NOME: LENNON NOCTO DA SILVA

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

PLACA: 0048399080

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU MÃO-DE-OBRA

RN Nº 014851990738 BIQUETE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BIQUETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO DEPTO
 DE CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURODPVAT.COM.BR

SAC DPVAT 0800 000 728

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019

PLACA: 0048399080
 ANO: 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, acesse o site www.seguradolider.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: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidorix: 0800 021 91 31

Eu, Renaty Lenilson Lucio da Silva

RG nº 002363893 data de expedição 03/12/14

Órgão SSP RJ CPF nº 014999384-40

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito









seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

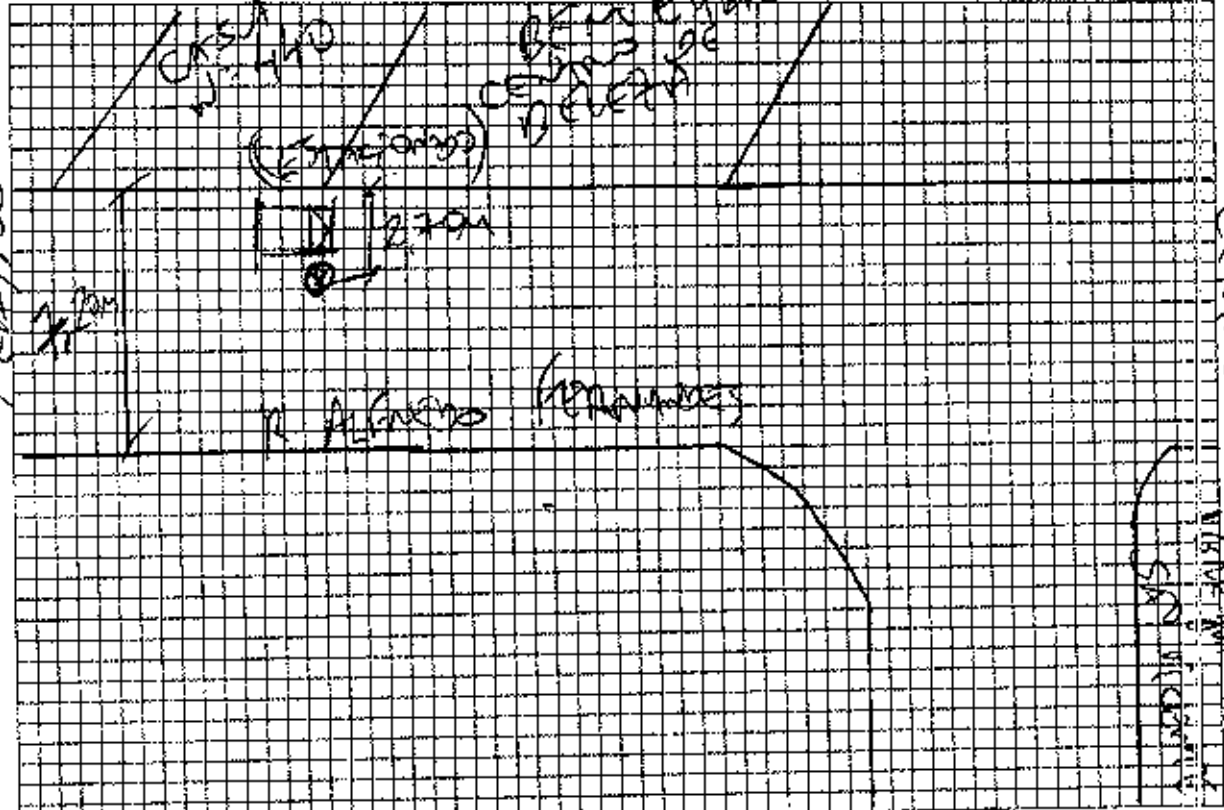
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Coronel Gurgel</u>
Número	<u>3330</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Alto da Conceição</u>
Cidade	<u>Mozzão</u>

8 - CONDIÇÕES DA VIA

<input type="checkbox"/> Luminosidade	<input checked="" type="checkbox"/> Cond. Tempo	<input checked="" type="checkbox"/> Tipo da Pista	<input checked="" type="checkbox"/> Caract. Pista	<input checked="" type="checkbox"/> Cond. Pista	<input checked="" type="checkbox"/> Sinalização
<input checked="" type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRANSITO

 ÁRVORE
 VESTÍGIOS
 SEMÁFORO
 PEDESTRE
 BICICLETA OU MOTO
 CARRO DE PEQUENO PORTE
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS
 CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRANSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARTE DIANTEIRA
PARTE DIANTEIRA DIREITA
PARTE DIANTEIRA ESQUERDA
PARTE DIANTEIRA
DIREITA

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARRO COM DIANTEIRA
PARTE DIANTEIRA ESQUERDA

AVARIAS DO VEÍCULO 4

CAIXA

POUPANÇA



6277 8013 1963 1242

ANGELICA S P DE SOUSA

0755 013 00020453-3 07/21

el

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA ALFREDO FERNANDES
Em que sentido? TRAMO/CENTRO Em que faixa? ESTACIONADO
Versão do condutor A CONDUTORA JIZ QUE INICIOU A MANOBRAS PARA SAIR DO ESTACIONAMENTO E LOGO EM SEGUINTE SENTIDO A FRENTE DE V2 EM SEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V1

Elismayre Batista de Sousa

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

hematologia

Vit. B12 e ácido fólico

proteínas e vitaminas

exames clínicos (P)

neurologia OK

pe. com fe 113 meses

clínicos (P)

fever + alto

EXAMENES
EXAMENES
EXAMENES
EXAMENES
EXAMENES

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO VILA
ESTA CONFORME O ORIGINAL

23/12/2019

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ARTM Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: ANGELICA GONVALY RANGEL DE SOUSA
 RG Nº: 046.633.753-306 Órgão Expedidor: SSP-CE Data de Nascimento: 18/10/1970
 Endereço: RUA CORONEL GARCEL Nº: 1190 Fone: 998656110
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: 17h 54s

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AUT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
INFANTS QUE O CONDUTOR E A PASSAGEIRA DE V2 SOFRIAM
ESCORIAÇÕES ONDE V2 FOI LIBERADO APÓS APRESENTAR DO
CURATÓRIO. ADIANTE TAMBÉM QUE V3 FOI LIBERADO
APÓS APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO

Nome Completo do Agente: CARLOS ALEXANDRE PAIVA DE PAULA
 POSTO/GRAD.: CB PM Nº: 2001893 Vintura: de um grupo Assinatura: de um grupo
 Local e Data: 10/08/2019 25 de Novembro de 2019 Carlos Alexandre Paiva de Paula
 Assinatura do Agente de Trânsito

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA, brasileiro(a),
estado civil: CASADA, Profissão: AB. DE CAMPANHA, Data do Acidente: 25/11/19,
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 0007090815-4, órgão expedidor
SSP-CE e do CPF: 046.633.753-30, residente no(a)
Rua: Coronel Gungel nº 110B
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

OUTORGADO:

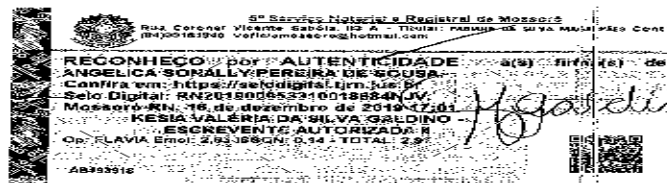
Nome: RENATA LEWIS DA SILVA, brasileiro(a)
estado civil: CASADA, Profissão: AUX. de Secretaria, portador(a) do RG
002363291, órgão expedidor SSP-RN e do CPF: 034.999.184-40, residente
no(a) Rua: Coronel Gungel nº 110B,
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: 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 e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, 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 - RN - 36/12/19
Local e Data

Angelica Sonally Pereira de Sousa
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073175/20

Número do Sinistro: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

CPF: 046.637.753-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA
CPF: 074.999.184-40

RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **046637153-30** Nome completo da vítima: **Angelica Sonally P. de Souza**

RECONHECIMENTO DAS INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAS E USEP Nº 055/2012

5 - Nome completo: **Angelica Sonally Pereira de Souza** 6 - CPF: **046637153-30**
7 - Profissão: **3338** 8 - Endereço: **Rua Coronel Gurgel** 9 - Complemento: **Caixa**
11 - Bairro: **Alto da Conceição** 12 - Cidade: **Mozópolis** 13 - Estado: **MS** 14 - CEP: **59600-200**
15 - E-mail: **Não Possui** 16 - Data de Nascimento: **08/1988** 17 - RG: **27.0066**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (843) ☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0735** CONTA: **20453** 3 AGÊNCIA: **0735** CONTA: **20453**

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.196/74), uma vez que:
a) Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
b) O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
c) O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento do análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo autônomo, conforme disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, ou discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (ou órfão) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **10/2015**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **30** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **Não Possui**

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Parentesco: **Não Possui** 30 - Vítima deixou ascendentes (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Parentesco: **Não Possui** 33 - Vítima deixou irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando sujeito, ainda, de vez qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a nulidade de resgate e valor resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 292 do Código Penal.

34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1



CAIXA FÓUNÇA
ANGELICA S P DE SOUSA
6277 8013 1963 1242
6755 013 00020453-3 07/21
el

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200091844
Nome do(a) Examinado(a): Angelica Sonally Pereira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Gurgel, 1110
Alto da Conceicao Mossoro RN CEP: 59600-200
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20070908154
Data local do acidente: [25/11/2019]
Data local do exame: [17/03/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

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

OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA

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

Tratamento: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA - OSTEOSÍNTESE
Data da Alta: 09/03/2020

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

DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

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

(☒) Sim () Não

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

(☒) Sim () Não

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

DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

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


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



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
BOAT 1106819

1 - LOCAL E DATA

Local: RUA ALFREDO FERNANDES Bairro: CENTRO
Cidade/UF: MOSSORÓ RN P. Ref: 16/04/2019
Data: 25/11/2019 Hora do acidente: 14:15 Hora do registro: 47 Dia da semana: SEXTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi: GGT-4030 Cidade: MOSSORÓ UF: RN
Marca/Mod.: FORD TAKE MCV Cor: PRATEA Ano: 2012
Proprietário: ELISMAIR BATISTA DE SOUSA Nº de Ocupantes: 2
Condutor: ELISMAIR BATISTA DE SOUSA Data de Nascimento: 22/04/1978
Endereço: AVENIDA RIO BRANCO DE SOUSA Nº: 223 Fone: 3625 4245
Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ UF: RN
CPF Nº: 936.777.723-49 CNH Nº: 06894621729 Validade: 11 105 1222 Categoria: B
Local de Trabalho: CLÍNICA VETERO Fone: 7962 4225
End.: AVENIDA ALBERTO MARINHO Nº: 510 Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi: 34 3026 Cidade: MOSSORÓ UF: RN
Marca/Mod.: FORD 4440 BT SILVA Cor: PRATA Ano: 2012
Proprietário: RENANILY LEWILSON LUCAS DE SILVA Nº de Ocupantes: 2
Condutor: RENANILY LEWILSON LUCAS DE SILVA Data de Nascimento: 22/03/1979
Endereço: RUA CORONEL GUARIEL Nº: 110 Fone: 94424-6518
Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ UF: RN
CPF Nº: 079.074.184-42 CNH Nº: 04894841103 Validade: 21 172 12514 Categoria: B
Local de Trabalho: CLÍNICA VETERO MOSSORÓ Fone: 7962 4225
End.: RUA JUVENAL LAMARCA Nº: 510 Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____ UF: _____
Marca/Mod.: _____ Cor: _____ Ano: _____
Proprietário: _____ Nº de Ocupantes: _____
Condutor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CPF Nº: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: _____ Fone: _____
End.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____ UF: _____
Marca/Mod.: _____ Cor: _____ Ano: _____
Proprietário: _____ Nº de Ocupantes: _____
Condutor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CPF Nº: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: _____ Fone: _____
End.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

8. CONDIÇÕES DA VIA

<input type="checkbox"/> Luminosidade	<input checked="" type="checkbox"/> Cond. Tempo	<input checked="" type="checkbox"/> Tipo da Pista	<input checked="" type="checkbox"/> Caract. Pista	<input checked="" type="checkbox"/> Cond. Pista	<input checked="" type="checkbox"/> Sinalização
<input checked="" type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepipedo	<input checked="" type="checkbox"/> Curva	<input checked="" type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreto	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebblim	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Declive Ingreto	<input type="checkbox"/> Poças D'Água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9. CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 <u>PARTE DIREITA</u> <u>PARTE DA TRAVESSIA DIREITA</u> <u>PARTE DA TRAVESSIA DIREITA</u> <u>PARTE DA TRAVESSIA DIREITA</u> <u>DIREITO</u>	AVARIAS DO VEÍCULO 2 <u>CARRO C/ D. DIREITA</u> <u>PARTE DA TRAVESSIA DIREITA</u>
AVARIAS DO VEÍCULO 3	AVARIAS DO VEÍCULO 4

7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Rua Alfredo Fernandes
Em que sentido? Termino/começo Em que faixa? Estacionado
Versão do condutor A condutora qz que iniciou a manobra para
sair do estacionamento e logo em seguida sentou
a bancada de V2 em seu veículo.

Assinatura do Condutor do V1 Elismayre Batista de Sousa

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: PRATM
 Nome: ARIELLE RAYANE RODRIGUES Presença: ☒ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº: 4046673-7 Orgão Expedidor: SSP-CE Data de Nascimento: 28/11/1997
 Endereço: Rua Coronel Gurgel Nº: 1110 Fone: 998656110
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: 17h 15h
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☒ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____ Orgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 RG Nº: _____ Nº: _____ Fone: _____ UF: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☒ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____ Orgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 RG Nº: _____ Nº: _____ Fone: _____ UF: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presença: ☒ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____ Orgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 RG Nº: _____ Nº: _____ Fone: _____ UF: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____
 Bairro: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Orgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATEN ☐ Cód/Desd: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
Estou informando que o condutor e a passageira de VE sofreram
ESCORRETO, JONDE VE FOI LIBERADO APÓS APRESENTAR DO
CRASH DO VE, AGIANTO TAMBÉM QUE VE FOI LIBERADO
APÓS APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO

Nome Completo do Agente: CARLOS ALEXANDRE PAIVA DE PAULA
 POSTO/GRAD: CB PM Nº: 1001813 Vistoria: DEPO Unidade: 1001813
 Local e Data: 10/08/2019 25 de Novembro de 2019 Carla Alexandre Paiva de Paula
 Assinatura do Agente de Trânsito

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

2 - Nº do documento ou A.S.: 046637153-30

3 - CPE da vítima: 046637153-30

4 - Nome completo da vítima: Angelica Sonally Pereira de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS EFADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 646/2011

5 - Nome completo: Angelica Sonally Pereira de Sousa

6 - CPF: 046637153-30

7 - Profissão: 11 - Bairro: RUA DA CONCEIÇÃO

8 - Endereço: RUA CORNEL GURGEL

9 - Cidade: JIJOZITO

10 - Complemento: 13 - Estado: RJ

14 - E-mail: 15 - Celular: 59600-200

16 - CEP: 270066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: 0735 CONTA: 20453

AGÊNCIA: CONTA:

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 a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Decreto nº 194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento do análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Declaro que esta autorização não significa prova de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar os nomes: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar os nomes: 33 - Vítima deixou pais/vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que eu representar e provar em vida, sendo que, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a petição (a rgo): 35 - CPF legível de quem assina a petição (a rgo): 36 - Assinatura de quem assina a petição (a rgo):

37 - Assinatura da quem assina o pedido (a rgo): 38 - 39 - 40 - Nome: 41 - CPF: 42 - Assinatura da testemunha: 43 - CPF: 44 - Assinatura da testemunha: 45 - CPF:

40 - Local e Data: JIJOZITO - RJ 27/12/2016

41 - Assinatura do representante Legal (se houver): Angelica Sonally Pereira de Sousa

42 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): Angelica Sonally Pereira de Sousa

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 722

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ANGELICA SONALLY PEREIRA SOUSA, 29 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 25/11/2019

Local da ocorrência: Rua: Alfredo Fernandes, Centro prox. a Igreja São Vicente.

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 17h 00min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Renarly Lenilson Lucio da Silva, 28 anos, portador de RG: 002.363.891.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA GERAL DO SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA
MATRÍCULA 405418-3

Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – São Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com