



Número: **0809648-49.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO MENDONCA DE FREITAS (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57957 130	23/07/2020 18:10	<u>2736821_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através (16) 3300-5500 ou 0800-022-12-04

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

Capital e régimes metropolitanos: 4020-2593 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 9800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central de Ouvidoria: 0800 021 91 39

Eu, Maria Aparecida de Freitas Quiróga,
RG nº 920753, data de expedição 04/32/08,
Órgão Dep. P, CPF nº 185.584.434-72,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praga)	<u>Rua Francisco Bernardo</u>
Número	<u>34</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Montes Claros</u>
Estado	<u>MG</u>
CEP	<u>59605-310</u>
Tel. de contato	<u>(34) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não Possui</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Montes Claros - MG - 23/03/20

Assinatura do Declarante

Maria Aparecida de Freitas Quiróga





SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 013

Mossoró 13 de Janeiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS, 69 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Bicicleta (Atropelamento)

Data da Ocorrência: 04/01/2020

Local da ocorrência: Rua: João Leite, Boa Vista próximo a Socel e Colégio Manoel Assis.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida-02

Hora do Chamado: 13h 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: **Carlos Augusto Lopes Figueiredo, 44 anos, portador de RG: 1.718.491.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA SAMU
MATRÍCULA 58682-1

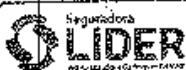
Silvana do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradil Medeiros Lima
DIRETOR SAMU
MATRÍCULA 405418-3
MATRÍCULA 5997

Dixon Fradil 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

DADOS CADASTRAIS		5 - Nome completo: <u>Antonio Mendanca de Freitas</u> 6 - CPF da vítima: <u>016 992 983 - 49</u> 7 - Profissão: <u>Apprentice</u> 8 - Endereço: <u>Rua Francisco Bernardu</u> 9 - Número: <u>39</u> 10 - Complemento: <u>Andar</u> 11 - Bairro: <u>Belo Horizonte</u> 12 - Cidade: <u>Minas Gerais</u> 13 - Estado: <u>MG</u> 14 - CEP: <u>31605 - 310</u> 15 - E-mail: <u>Não tenho</u> 16 - Telefone (DDO): <u>(61) 998 07 0066</u>					
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPACITADO COM CURADOR							
17 - Nome completo do Representante Legal:		18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____					
<i>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).</i>							
20 - NENHUMA INSCRIÇÃO DO TITULAR DA CONTA:		<input checked="" type="checkbox"/> RELÓGIO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 					
22 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)							
23 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Pode haver uma opção)		24 - CONTA CORRENTE (Indicar o banco)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: <u>0560</u> CONTA: <u>87364</u> 5 <small>(Informar o digito verificador) (Informar o digito verificador) (Informar o digito verificador)</small>					
<i>Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, no nome titular da(s) conta(s) devidos ao(s) beneficiário(s) do Seguro DPVAT, que eu tiver de direito, reconhecendo e dando, desde já e automaticamente, a sua efetivação do crédito, cotação total do valor indebito.</i>							
22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE							
<p><input checked="" type="checkbox"/> 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 6.264/74), uma vez que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>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 não submeter à análise médica presencial, caso necessário, os custos da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente da transferência do veículo, ultrapassando o prazo fixado na Lei nº 6.264/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de recorrer a avaliação médica, caso discordar da sua constatação.</p>							
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
25 - Estado Civil da vítima:		26 - Vítima deixa(s) companheir(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou(s) companheir(a), informar o nome completo: _____					
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se Unhais/lhilhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim 30 - Vítima deixa(s) herdeiro(s) de menor de idade? <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima deixa(s) herdeiro(s) de maior de idade? <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tido(s) irmão(s), informar: <input type="checkbox"/> Sim 33 - Vítima deixa(s) pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim 34 - _____		35 - Nome legal de quem assina o pedido (a roxo): _____ 36 - CPF (apenas de quem assina o pedido) (a roxo): _____ 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a roxo): _____					
38 - Local e data: <u>03/07/2020</u> 39 - 12 - Nome: <u>Antonio Mendanca de Freitas</u> 40 - Nome: <u>Antonio Mendanca de Freitas</u> 41 - Assinatura da vítima/benfeitor (declarante): <u>Antonio Mendanca de Freitas</u> 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____		44 - 13 - Nome: _____ 45 - CPF: _____ 46 - Assinatura de testemunha: _____ 47 - 24 - Nome: _____ 48 - CPF: _____ 49 - Assinatura da testemunha: _____					
<i>Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07 https://pje19.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231810073970000055665999 Número do documento: 2007231810073970000055665999</i>							





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005742/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 15:09 Data/Hora Fim: 16/01/2020 15:44
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2^a Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 04/01/2020 13:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Boa Vista
Logradouro: RUA JOÃO LEITE
Complemento: PRÓXIMO A SOCELE AO COLÉGIO MANOEL ASSIS

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO MENDONÇA DE FREITAS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 18/08/1950 Idade: 69 anos
Naturalidade:RN - Mossoró Profissão: Aposentado

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Mendonça de Freitas Nome do Pai: João Júlio de Freitas

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 078.992.983-49

RG - Carteira de Identidade: 423.829

Endereço

Município: Mossoró - RN N°: 34
Logradouro: Rua Francisco Bernardo
Bairro: Boa vista
Telefone: (84) 98882-5042 (Celular)

Nome Civil: CONDUTOR DO VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA, DE PLACA E CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS
(SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:

Endereço

Município: Mossoró - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Descrição: veículo tipo motocicleta, de placa e características não observadas

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Condutor do Veículo Tipo Motocicleta, de Placa e Características Não Anotadas

Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Luiz Valdério de Sales Nobre
Data da Impressão: 16/01/2020 15:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005742/2020

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a esta Delegacia de Polícia para informar que no dia, local e horário supramencionados, pedalava sua bicicleta, no sentido centro/bairro, quando nas imediações do Escola Municipal Manoel Assis, o condutor do Veículo, tipo Motocicleta, de PLACAS e Características não observadas, que vinha logo atrás **COLIDIU na traseira na sua bicicleta, vindo a perder o controle e cair no asfalto;** QUE foi socorrido pela Samu/Mossoró-RN até o Hospital Regional Tarcísio Maia-HRTM; QUE: ainda relata que devido a colisão, a vítima sofreu lesões descritas no PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO REGISTRO N°239/2020 do HRTM. QUE: regista o BO para fins de seguro DPVAT. E nada mais disse

ASSINATURAS

Luiz Valdério de Sales Nobre
Agente de Polícia
Matrícula 170.249-1
Responsável pelo Atendimento

Antônio Mendonça de Freitas
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) (não) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 323-Denúncia/Rio Celentano e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Elzezer Pinto
Impresso por: Luiz Valdério de Sales Nobre
Data de Impressão: 16/01/2020 15:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> Morte			
2 - Número de inscrição na ASL	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Antônio Mendonça de Freitas					
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMAS/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUS/SE 04/2012							
5 - Nome completo:		6 - Número:					
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:			
10 - Bairro:		11 - Cidade:		12 - CEP:			
13 - E-mail:		14 - Telefone:		15 - Celular:			
16 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÔR E CURADOR) PARA VITIMA/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 da direito, residir no endereço acima informado, conforme consta no anexo [ANEXAR CÓPIA].							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECEBENDO INFORMAÇÕES <input type="checkbox"/> SEM RENDA					<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00	
					<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:					<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Asfixie uma opção)					<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (fixos ou bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (443) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0560 CONTA: 87364 (5)					AGÊNCIA: _____ CONTA: _____		
(Inserir o número da conta)					(Inserir o número da conta)		
(Inserir o dígito de verificação)					(Inserir o dígito de verificação)		
Autorizo a Seguradora Líder a credular na conta bancária informada, no nome da beneficiária, o valor da indenização/retornos do Seguro DPVAT, a que me for direito, reconhecendo e dando, desde já e sujeito à aprovação do crédito, quinze (15) dias do valor restornado.							
22 - DECLARAÇÃO DE ALIENAÇÃO DE LAUDO DO IME - PREENCHIMENTO SOBRENTÉ PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), dalle vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do período. Solicito o prazo de prazo de análise da跟我提供的 indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, que não se constitua legítima médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica preventiva, caso necessário, no consultório da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da ocorrência do fato, realizada por seu médico, conforme o disposto na Lei 6.134/74. Declaro, que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com a indicação direta de comparecer a avaliação médica, caso desejado do seu beneficiário.							
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
23 - Estado civil da vítima:				24 - Data do óbito da vítima:			
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no cas.) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo							
25 - Grau de parentesco com vítima:				26 - Vítima deixou companion(a):			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				27 - Se a vítima deixou companion(a), informar o nome completo:			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				31 - Vítima bebeu bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmaos, informar o nome e parentesco: Vítima: Irmão: Parentesco: Irmão: Parentesco:			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				33 - Vítima deixou pais/mais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT, por maiores efeitos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, assim como, filhos, filhas, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.							
34 - Nome legal de quem assina a período (a mao)				35 - CPF legível de quem assina a período (a mao)			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				36 - CPF legível de quem assina a período (a mao)			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				37 - Assinatura de quem assina a período (a mao)			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				38 - 14 Número CPF: _____			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				39 - 24 Nome: CPF: _____			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				40 - Local e Data: _____			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231810073970000055665999>
Número do documento: 2007231810073970000055665999

Núm. 57957130 - Pág. 8



AUTOATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL RN
DATA: 23/01/2020 HORA: 15:48:08
TERMINAL: 30641017 CONTROLE: 306410170450

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560 013.00087164-5
NOME: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS
TIPO DE CONTA: 019 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 0

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99960-9618

NUMERO DO ENVELOPE: 657017531

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162182 **Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS**

Data do Acidente: 04/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000087164-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162182 **Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS**

Data do Acidente: 04/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15743007

Pag. 01733/01734 - carta_01 - INVALIDEZ



00010867



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072318100739700000055665999>
Número do documento: 20072318100739700000055665999

Num. 57957130 - Pág. 11

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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000087164-5

Nr. da Autenticação 609E65D3A2486DC4



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072318100739700000055665999>
Número do documento: 20072318100739700000055665999

Num. 57957130 - Pág. 12

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126324/20

Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

CPF: 076.992.983-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA : 785.584.414-72

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

ANTONIO MENDONCA DE FREITAS : 076.992.983-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/04/2020
Nome: MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA
CPF: 785.584.414-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA APARECIDA DE FREITAS QUEIROGA

GERCA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231810073970000055665999>
Número do documento: 2007231810073970000055665999

Num. 57957130 - Pág. 13

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antônio Mendonça de Freitas, brasileiro(a),
estado civil: Casado, Profissão: Aposentado, Data do Acidente 04/01/2020
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 423.829, órgão expedidor
_____ e do CPF: 076.992.983-49 residente no(a)
Res: Francisco Bernardo nº 34,
bairro: Belo Horizonte, município: Messias, / RN.

OUTORGADO:

Nome: Manoel Apacide de Freitas Quilanga, brasileiro(a)
estado civil: Autônomo, Profissão: Assist. Administrativa, portador(a) do RG
920.753, órgão expedidor _____ e do CPF: 785.584.414-72 residente
no(a) Res: Francisco Bernardo nº 34,
bairro: Belo Horizonte, município: Messias, / 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.

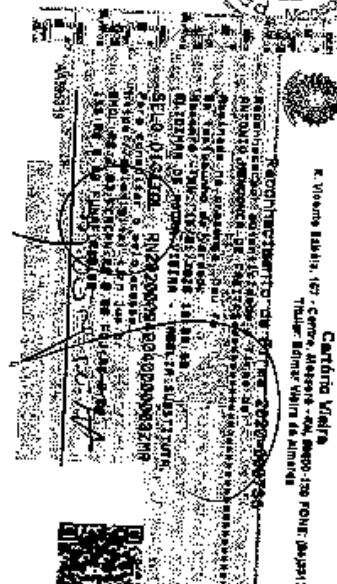
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pro Ofício

202006 - N 23/05/20

Local e Data

Francisco Bernardo de Freitas
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



R. Vitorino Freitas, 167 - Centro, Asa Norte - CEP: 70000-120 Fone: (61) 3271-4040
Cartório Vitrine
Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200162182 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MENDONCA DE FREITAS **Data do acidente:** 04/01/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

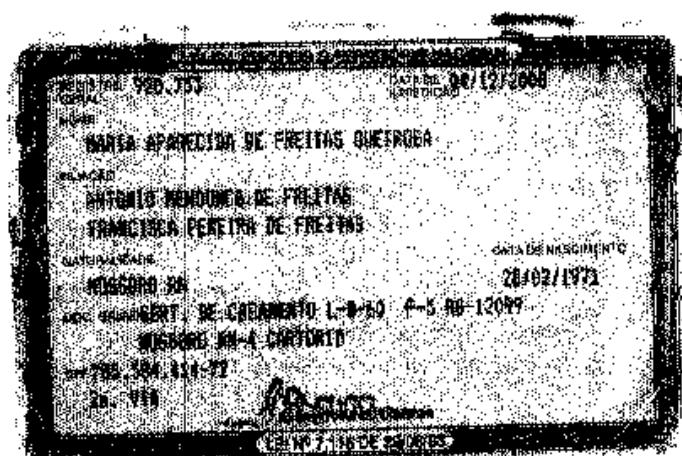
Observações: EVOLUÇÃO - PÁGINA 01.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 23/07/2020 18:10:07
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231810073970000055665999>
Número do documento: 2007231810073970000055665999

Num. 57957130 - Pág. 16



SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 239 /2020
Admissão: 04/01/2020 13:19:52

21

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente:6541 - ANTONIO MENDONCA DE FREITAS (69 a 4 m 17 d)

Nascimento: 18/08/1950 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700008289864404 CPF: 07699298349 Prof:

Mãe: MARIA MENDONCA DE FREITAS

Pal: JOAO JULIO DE

Logradouro: FRANCISCO BERNARDO, 34

Baixo: DOZE ANOS

Telefone: 84.988330835

CHAPTER 11

Compl: CASA

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - CICLISTA

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresat

OBS:	Classificação: 04/01/2020 13:18:09						PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXBICICLETA. TRAUMA DE OMBRO DIREITO. ECG:150

Нога:

PITE VITIMA DE COLISAO BICICLETA X MOTO, COM
INDIVIDUAIS NO OMBRO (D).

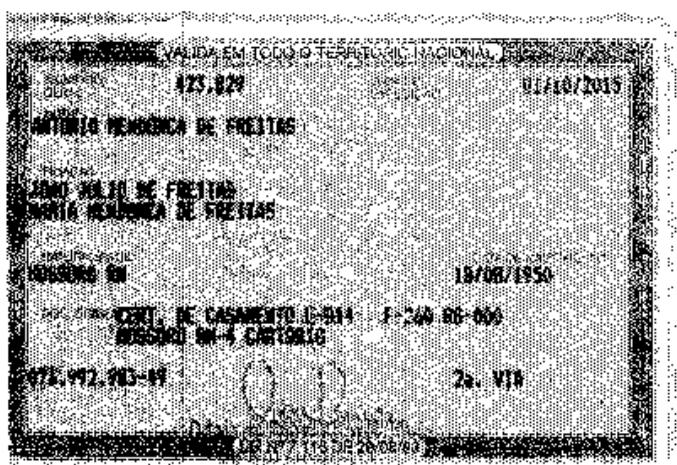
Diagn. Inicial:

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher só se PROC.)

CID 5475 Proc. Data: 04/04/19, Hr: : Médico:

*Gerado via SX por JUREIRE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 04 de Janeiro de 2020.

(Assinar e Carimbar)





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

Para maiores esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do 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: 0615-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 04 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvilínia: 0800 021 91 39

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTOS/ASPA21100-16.000160-79636>

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 fixo 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 (IPVAT), contudo, per determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E INSPECÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E DESENGAJADA. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FUNÇÃO DISCUTIR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Aparecida de Freitas Queiroga
inscrito (a) no CPF/CNPJ 785584434, 72, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Mendonça de Freitas inscrito (a) no CPF sob o nº 076 992983, 49
do sinistro de IPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Mendonça de Freitas
Inscrito (a) no CPF sob o nº 076992983, 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12.
Declaro Profissão: Recepcionista, Renda: Revisor, e apresenta os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob os pressupostos da prova de residência junto a Seguradora Lider-IPVAT, 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 Francisco Bernardo</u>	Número:	<u>34</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Belo Horizonte</u>	Cidade:	<u>Monteiro</u>	Estado:	<u>CEP:</u> <u>59.605-370</u>
Email:	<u>Não possui</u>				Tel. (DDA): <u>(31) 99827-0066</u>

Local e Data: Mozó - MG 23/07/2020

Maria Aparecida de Freitas Queiroga
Assinatura do Declarante

07.07.2020 18:10:07