

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: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCIVAN ALVES BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000000013461-9

Nr. da Autenticação 373DCB90A8FEB43E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149719 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIVAN ALVES BEZERRA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO. P4, 5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P 7, 8
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X
VITIMA JÁ PENDENCIADA , SEM NOVOS DOCUMENTOS.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149719

Vítima: ALCIVAN ALVES BEZERRA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELITA GOMES DE OLIVEIRA NOGUEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCIVAN ALVES BEZERRA

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 tornozelo 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: ALCIVAN ALVES BEZERRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000036-1

Conta: 0000013461-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

405.818.614-34

4 - Nome completo da vítima:

Alcivan Alves Bezerra

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

5 - Nome completo:

Alcivan Alves Bezerra

6 - CPF:

405.818.614-34

7 - Profissão:

militar

8 - Endereço:

AG Cabelo de Negro

9 - Número:

31

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

monoro

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59600-001

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(84) 99852 8771

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0036

1

CONTA:

13.461

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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.

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 presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

monoro - RN, 20/03/2020

Alcivan Alves Bezerra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSU

Endereço: Rua João Pessoa, 598, Centro, AÇU, FONE/FAX: 3331-6596

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020091000346

1.2 Data de Expedição: 17/03/2020 10:38:54

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato:

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.7 Logradouro: SÍTIO BELA VISTA PIATÓ

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: AÇU

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ALCIVAN ALVES BEZERRA

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: ANTÔNIO ALVES BEZERRA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: FRANCISCA ALVES BEZERRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 40581861434

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 18/02/1985

3.13 Profissão: APOSENTADO

3.14 RG: 7672 - PM RN

3.15 Telefone(s): 84 996666068

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 31

3.18 Naturalidade: GOVERNADOR DIX SEPT ROSADO RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL DE MOSSORÓ RN

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: PA CABELO DE NEGRO

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alcuha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.20 CEP:

5.1.21 Bairro:

5.1.22 Cidade:

5.1.23 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: TELITA GOMES DE OLIVEIRA NOGUEIRA

6.1.3 Estado civil: Divorciado(a)

6.1.2 Nome Social:

6.1.5 Identidade de Gênero:

6.1.4 Etnia: Parda

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.6 Mãe: ALADIA GOMES DE OLIVEIRA

6.1.9 Pai: Parda

6.1.8 Sexo: FEMININO

6.1.11 Data de Nascimento: 14/05/1979

6.1.10 CPF: 08825256424

6.1.13 RG: 002213095

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.15 Profissão: AGRICULTORA

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: PA CABELO DE NEGRO

6.1.18 CEP:

6.1.17 Número: 31

6.1.20 Cidade: MOSSORÓ

6.1.19 Bairro: ZONA RURAL DE MOSSORÓ RN

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: FRANCISCO SANTIAGO DA SILVA

6.2.3 Estado civil: Casado(a)

6.2.2 Nome Social:

6.2.5 Identidade de Gênero:

6.2.4 Etnia: Parda

6.2.7 Orientação Sexual:

6.2.6 Mãe: ANTONIA MARIA DA SILVA

6.2.9 Pai: Parda

6.2.8 Sexo: MASCULINO

6.2.11 Data de Nascimento: 28/06/1968

6.2.10 CPF: 59811138415

6.2.13 RG: 001315679

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.15 Profissão: RECEPCIONISTA

6.2.14 Passaporte:

6.2.16 Logradouro: RUA DR. JOÃO MARCELINO

6.2.18 CEP:

6.2.17 Número: 701

6.2.20 Cidade: MOSSORÓ

6.2.19 Bairro: NOVA BETÂNIA

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: 9C2KD0101JR218286
7.1.5 Placa: MXN6490
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 1992
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO SANTIAGO DA SILVA
7.1.17 Nome do condutor: ALCIVAN ALVES BEZERRA
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 176430389
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: NX 150
7.1.10 Ano de Fabricação: 1992
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência: SUSPEITO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL AFIRMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA POR UMA ESTRADA CARROÇÁVEL, NA MOTOCICLETA SUPRACITADA, NA LOCALIDADE DO SÍTIO BELA VISTA PIATÓ, ZONA RURAL DA CIDADE DE ASSÚ/RN, QUANDO BATEU EM UMA PEDRA E CAIU DA MOTOCICLETA, SENDO QUE, A REFERIDA MOTOCICLETA TOMBOU POR CIMA DA PERNA DA VÍTIMA, VINDO A FRATURAR O REFERIDO MEMBRO, CONFORME CONSTA NO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA NETO. O COMUNICANTE AFIRMA QUE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, ORA TESTEMUNHAS, E QUE FOI CONDUZIDO AO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DA CIDADE DE ASSÚ/RN E, POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA, NA CIDADE DE MOSSORÓ/RN, DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO. NADA MAIS DISSE. O COMUNICANTE ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE POR SUAS DECLARAÇÕES.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 17/03/2020
Usuário: 2084260 - Judson Abreu Ramos
Complemento: REGISTRE-SE QUE, A DATA DO FATO É 18/08/2017, ÀS 14H30MIN. NADA MAIS DISSE.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 17/03/2020 10:38:54


Policia
Judson Abreu Ramos
Agente Policia Civil
MAT-208.426-6


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2084260 - Judson Abreu Ramos
Impresso por: 2084260 - Judson Abreu Ramos em 17/03/2020 10:44:01

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

405.818.614-34

4 - Nome completo da vítima:

Alcivan Alves Bezerra

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

5 - Nome completo:

Alcivan Alves Bezerra

6 - CPF:

405.818.614-34

7 - Profissão:

militar

8 - Endereço:

AG Cabelo de Negro

9 - Número:

31

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

monoro

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59600-001

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(84) 99852 8771

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☒ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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.

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 presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

monoro - RN, 20/03/2020

Alcivan Alves Bezerra

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Telita Gomes de O. Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.252.564 / 24 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcivan Alves Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.818.614 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima o mesmo, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Castelo de Negro</u>		Número <u>31</u>	Complemento
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59600-001</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Mossoró, 20 de março de 2020
Local e Data

Telita Gomes de O. Nogueira
Assinatura do Declarante



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal do Assu
Secretaria Municipal de Saúde



SUS
Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Atendimento Nº: 141

Nome: Aleivan Alves Bezerra	Idade: 52 a	Sexo: M
Cartão SUS:	Nome da Mãe:	Profissão:
Endereço (Rua/Av.): Sítio Bela Vista Piató	Nº:	Complemento:
Bairro: Z. Rural	Cidade: Assu	Estado: RN
Telefone:	Data: 31.08.17	Hora: 16:35
Clinica:	Motivo da Procura:	Rubrica Servidor:
Assinatura do Paciente:		

ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

Queixa de dor no peito há 4 horas.
Dor MI e hemiparesia dos membros inferiores.

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____
SpO2: _____ HGT: _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

(X) Radiológico:

Tórax Direita, Anteroposterior.

() ECG

() Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Salda: Data/Hora ____/____/____ às ____:____ h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:



PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Roberto Alves Bezerra SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 18/08/19

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente a procura de atendimento há cerca de 05 horas. Apresenta dor no MID. Com diminuição dos movimentos.

ESTADO GERAL:

estável

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura metacarpo 5.º metac.

PROCEDIMENTO:

1) Estabilizar com gesso em
2) A seguir a cirurgia.

Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMERN 8710

Assinatura do médico, carimbo

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: Alcivan Alves Bezerra		
Idade: 52 anos	Sexo: M() F()	
Diagnóstico: Atlet. de Maléolo.		
Parecer/Clinica: Exame em MTD. (Erat. de Maléolo)? por acidente de moto.		
PA: 130x90. SAT: 97%		
Hospital Solicitante da Vaga: Assu		
Enfer.()	UTI()	Ped.()
Médico Solicitante: Dr. Daniel Santos		
Paciente c/ Encaminhamentos: S() N()		
Data/Hora da Solicitação: 18/08/17. 18:10		
Técnico UGV: Redimaro		

Enfa. Anaceli

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 05/09/2017
 Bim
 SAME/ARQUIVO



PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Heitor Alves Bezerra SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 18/08/14

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente afirma de queda de um braço há cerca de 05 horas. Sofreu com MIO, com hemorragia dos membros.

ESTADO GERAL:

Bem

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/09/2017
BIS
SAME/ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fraqueza muscular lateral. D

PROCEDIMENTO:

1) Voltar para casa com
2) A acompanhar.

Assinatura do médico, carimbo

Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMERN 8710

vs Regularado c/ Glademaro UGV HRTM



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2611-474

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: ALLIVAN ALVES BEZERRA D. N. 18/08/65 Idade: 51
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: SÍTIO BELA VISTA PIATÓ Bairro: _____
Cidade: ASSU U.F. RN Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 18/08/17

Hora: 19:25

A.C.C.R.: _____

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de acidente de moto apresentando dor e inchaço
pericárdio funcional sem torçao (D)

- EXAME FÍSICO

Dor + Fatores local c/ curativo feito no outro serviço
em torçao (D)
Radiografia de perna apresentando fratura de Malêolo D

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

x. de Malêolo D

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 5/09/2017
DIA

SAME/ARQUIVO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HRTM	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Alcivan Alves Bezerra	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente de moto que causou fratura do maldão lateral direito.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de tratamento cirúrgico			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Anamnese + Ex. Físico + Ex. Radiográfico			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de Maltão lateral (D)	24 - CID 10 PRINCIPAL S82-2	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento Cirúrgico	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050578
29 - CLÍNICA Ortopedia	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/08/17
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1/1	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal do Assu
Secretaria Municipal de Saúde



SUS
Sistema
Único
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

Atendimento Nº: 141

Nome: Aleivan Alves Bezerra	Idade: 52 a	Sexo: M
Cartão SUS:	Nome da Mãe:	Profissão:
Endereço (Rua/Av.): Sítio Bela Vista Piató	Nº:	Complemento:
Bairro: Z. Rural	Cidade: Assu	Estado: RN
Telefone:	Data: 31.08.17	Hora: 16:35
Clínica:	Motivo da Procura:	Rubrica Servidor:
Assinatura do Paciente:		

ACOLHIMENTO:

() Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

Queixa de dor no peito há 4 horas.
Dor MI e hemiparesia dos membros inferiores.

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____
SpO2: _____ HGT: _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

(X) Radiológico:

Tórax Direita, Anteroposterior.

() ECG

() Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Salda: Data/Hora ____/____/____ às ____:____ h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital:

1) Voltar para a amp -

16:55

15

Dr. Daniel Santos Perreira
Médico
CREMERN 8710

18:15hs. Pte. transp. p/ HRTM, consciente, orientado,
esperto, em ambulância de PMS.

Dr. Roberto de Souza
Médico
CREMERN 432993



PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Roberto Alves Bezerra SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 18/08/19

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

paciente a procura de atendimento há cerca de 05 horas. Apresenta dor no MID. Com diminuição dos movimentos.

ESTADO GERAL:

estável

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura metacarpo 5.º metacarpo.

PROCEDIMENTO:

1) Estabilizar com gesso.
2) Analgesia.

Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMERN 8710

Assinatura do médico, carimbo

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: Alcivan Alves Bezerra		
Idade: 52 anos	Sexo: M() F()	
Diagnóstico: Atlet. de Maléolo.		
Parecer/Clinica: Exame em MTD. (Erat. de Maléolo)? por acidente de moto.		
PA: 130x90. SAT: 97%		
Hospital Solicitante da Vaga: Assu		
Enfer.()	UTI()	Ped.()
Médico Solicitante: Dr. Daniel Santos		
Paciente c/ Encaminhamentos: S() N()		
Data/Hora da Solicitação: 18/08/17. 18:10		
Técnico UGV: Redimaro		

Enfa. Anaceli

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 05/09/2017
 Bim
 SAME/ARQUIVO



PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL- PSM

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Heitor Alves Bezerra SEXO: M IDADE: 52

ENDEREÇO: _____

PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS 16:35 DATA: 18/08/14

ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente afirma de queda de um braço há cerca de 05 horas. Sofreu com MIO, com hemorragia dos membros.

ESTADO GERAL:

Bem

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/09/2017
BIS
SAME/ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura anular do lateral. D

PROCEDIMENTO:

1) Voltar a usar o curativo
2) A seguir.

Assinatura do médico, carimbo

Dr. Daniel Santos Ferreira
Médico
CREMER 8710

vs Regularizado c/ Glademaro UGV HRTM



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2611-474

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: ALLIVAN ALVES BEZERRA D. N. 18/08/65 Idade: 51
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: SÍTIO BELA VISTA PIATÓ Bairro: _____
Cidade: ASSU U.F. RN Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 18/08/17

Hora: 19:25

A.C.C.R.: _____

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de acidente de moto apresentando dor e inchaço
pericárdio funcional sem torçao (D)

- EXAME FÍSICO

Dor + Fatores local e/ou curativo feito no outro serviço
em torçao (D)
Radiografia de perna apresentando fratura de Maléolo D

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

x. de Maléolo D

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 5/09/2017
DIA

SAME/ARQUIVO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRIM

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alcivan Alves Bezerra

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto que causou fratura do maldão lateral direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Ex. Físico + Ex. Radiográfico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Maldão lateral (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S82-2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050578

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/08/17

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ALCIVAN ALVES BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7672 PM RN

CPF
405.818.614-34

DATA NASCIMENTO
18/02/1965

FILIAÇÃO
ANTONIO ALVES BEZERRA
FRANCISCA ALVES BEZERRA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
AD

IP REGISTRO
02281355214

VALIDADE
27/01/2025

1ª HABILITAÇÃO
29/09/1997

OBSERVAÇÕES
A

ALCIVAN ALVES BEZERRA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
28/01/2020

45556119248
RN707099528

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

DETRAN - CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1932886542

PROIBIDO PLASTIFICAR
1932886542

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME: 002.213.095 DATA DE EXPEDIÇÃO: 09/11/2012

TELITA GOMES DE OLIVEIRA MACHETE

FLACIAO

DEUSINETE GOMES DE OLIVEIRA
ALADIA GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: COV DIA-SEPT-ROSAIO RN

DOC. ORDEM: CSEPT DE CASAMENTO L-879 F-260 RN-16276

CPF: 068.362.654-74

DATA DE NASCIMENTO: 14/05/1979

ASSINATURA DO DETENTOR: 26. VIA

LEWAZA 2.116 DE 20/09/83

DETENTOR GERAL - TEP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

TELITA GOMES DE OLIVEIRA MACHETE

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

405.818.614-34

4 - Nome completo da vítima:

Alcivan Alves Bezerra

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

5 - Nome completo:

Alcivan Alves Bezerra

6 - CPF:

405.818.614-34

7 - Profissão:

militar

8 - Endereço:

AG Cabelo de Negro

9 - Número:

31

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

monoro

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59600-001

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(84) 99852 8771

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0036

1

CONTA:

13.461

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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.

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 presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

monoro - RN, 20/03/2020

ALCIVAN ALVES BEZERRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Alcivan Alves Bezerra, brasileiro(a), estado civil divorciado,
profissão militar, residente e domiciliado à Rua Ag. Cabelo de Negro,
Nº 31, Bairro Zona Rural, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59600-001,
portador(a) do RG nº 7672, SSP/ RN e CPF nº 405.818.614-34.

Outorgado:

Telita Gomes de Oliveira Nogueira, brasileiro(a), estado civil divorciada,
profissão apicultora, residente e domiciliado à Rua Ag. Cabelo de Negro,
Nº 31, Bairro Zona Rural, Município de Mossoró,
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59600-001,
portador(a) do RG nº 002.813.095, SSP/ RN e CPF nº 068.252.564-24.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura invalidez, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alcivan Alves Bezerra, ocorrido em 18 / 08 / 2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORÓ - RN
Rua Santa Eulália, 10 - Centro - Títilar: LUCIANA DE MENDONÇA FERREIRA
Cont: (84) 3321.3312 - E-mail: carloriedmossoro@hotmail.com

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

ALCIVAN ALVES BEZERRA (405.818.614-34):

Confira em: <https://selodigital.tjm.jus.br>

Selo Digital: RN202000949460018119WOL

Mossoró-RN, 20 de março de 2020 11:39

Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabella

Substituta

Op. MARIA LUIZA Emol: 2,63, SSQN: 0,14, TOT: 2,97



Mossoró, 20 de Março de 2019

ALCIVAN ALVES BEZERRA

Outorgante

CPF Nº 405.818.614-34



OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.