

# 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: 075.592.154-24 4 - Nome completo da vítima: Willames Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Willames Gomes da Silva 6 - CPF: 075.592.154-24  
7 - Profissão: mecânico 8 - Endereço: Rua: Presidente Castelo Branco 9 - Número: 189 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Bom Jardim 12 - Cidade: messerô 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-100  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84)987364829

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)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 68789 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 não alfabetizado

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, messerô, RN/ 27/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Willames Gomes da Silva

6 - CPF:

075-592.154-24

7 - Profissão:

mecânico

8 - Endereço:

Rua: Presidente Castelo Branco

9 - Número:

184

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bom Jardim

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59621-100

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(84) 8736 4829

## 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: \_\_\_\_\_

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_

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

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró, RN, 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

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

☐ SEM RENDA

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)

☐ Itaú (341)

☐ Bradesco (237)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Cabele Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 a 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 autortização não significa 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 ☐ Vivo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

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 nascido (se não): ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: ☐ Sim ☐ Não

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

Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

36 - Nome 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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: 075.592.154-24 4 - Nome completo da vítima: Willames Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Willames Gomes da Silva 6 - CPF: 075.592.154-24  
7 - Profissão: mecânico 8 - Endereço: Rua: Presidente Castelo Branco 9 - Número: 184 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Bom Jardim 12 - Cidade: Maracó 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-100  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 9 8736 4829

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)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 277340 (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 (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, Maracó, RN, 23/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037576/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/08/2019 11:05

Data/Hora Fim: 26/08/2019 11:16

Origem: Data: 26/08/2019

Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 25/07/2019 19:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: Seis de janeiro

Bairro: Santo Antônio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Melo(s) Empregado(s)

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO SABE A PLACA OU TIPO DO VEÍCULO MOTO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: WILLAMES GOMES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PB - João Pessoa

Sexo: Masculino

Nasc: 30/08/1989

Profissão: Mecânico

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Risonete João da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 075.592.154-24

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: Castelo Branco

Bairro: Santo Antônio

Telefone: (84) 98736-4829 (Celular)

Nº: 184

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 075.592.154-24

Placa NOA7278

Renavam 00370904257

Número do Motor KC16E7C404100

Número do Chassi 9C2KC1670CR404100

Ano/Modelo Fabricação 2012/2011

Cor CINZA

UF Veículo Rio Grande do Norte



Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva  
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Data de Impressão: 26/08/2019 11:16  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037576/2019

Município Veículo	Mossoró	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo	HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	11/06/2014	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Willames Gomes da Silva	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante declarou que conduzia a sua moto quando o autor do fato foi realizar uma ultrapassagem com a sua motocicleta, vindo a trancá-lo e colidir contra a lateral do seu veículo na via; Que sofreu queda na via da sua moto; Que não desejou representação criminal nesta DP; Que o BO é para fins de DPVAT; Que o autor do fato se evadiu do local; Que foi encaminhado pelo SAMU ao HRTM; Nada mais disse.

ASSINATURAS

  
Helder Emerson Nogueira Jerônimo  
Agente de Polícia  
Matrícula 1690205  
Responsável pelo Atendimento

  
Willames Gomes da Silva  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

## 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)

☐ Itai (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)?

☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 56326 /2019

Admissão: 25/07/2019 19:38:23

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 45627 - WILAMES GOMES DA SILVA (29 a 10 m 26 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 30/08/1989

Natural: MOSSORO-BRASIL

CPF: 07559215424

Prof:

Pai: ATAMIR GOMES DA SILVA

CNS:

Mãe: RISONETE JOAO DA SILVA

Logradouro: PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 184

CEP: 59621100

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone:

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa: \* NÃO TEM SIGNIFICADO NO P.S.

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA

Classificação:

25/07/2019 19:34:28

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
20:00	140x80		99		20	70			

### HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, ECG 15, COM PROVAVEL FRATURA DE CLAVICULA DIR, E ESCORIAÇÕES DE ARRASTO.

Hora: 20:00

na 40 mm  
Uso de capote e nega pulso de consciência  
SAMU e reatou o pulso sendo sem capote  
A. V. os olhos abertos, pupilas 3x4 mm  
B. M. A. natural e 3x4 mm  
C. RCR - 2T, BNF, S. 100 bpm  
D. Glasgow: 15, pupilas 3x4 mm e FR  
E. Fratura em clavícula (D)  
CD: TG de torax, abulso para clavícula e dor  
1) dor no abdome, dor ortopédica, nel e HqB  
3) dor no abdome

# Negro  
# Pe

Dra. Carolina C. N. Diógenes  
Mastologista  
CRM 101.455

Diagn. Inicial:

### PRESCRIÇÃO:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) Dor de cabeça			
2) 1500 mg - 2x/dia, 1x, abeto			
3) 100 mg - 2x/dia (suplemento)			
4) 100 mg - 1x/dia, 1x/dia, 1x/dia			
5) 100 mg - 2x/dia + 1x/dia, 1x/dia			
6) 100 mg - 2x/dia + 1x/dia, 1x/dia			
7) 100 mg - 2x/dia + 1x/dia, 1x/dia			
8) 100 mg - 2x/dia + 1x/dia, 1x/dia			
9) 100 mg - 2x/dia + 1x/dia, 1x/dia			
10) 100 mg - 2x/dia + 1x/dia, 1x/dia			

Dra. Carolina C. N. Diógenes  
Mastologista  
CRM 101.455

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 12/08/2019

SAME / ARQUIVO

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

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

(Assinar e Carimbar)



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

  
www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA RITA ALVES DO NASCIMENTO

CPF: 098.378.434-54

DATA DE VENCIMENTO

03/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

034869735

Série: U

CONTA CONTRATO

007014545713

Nº DO CLIENTE

3011478042

Nº DA INSTALAÇÃO

0000521710

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PRESIDENTE CASTELO BRANCO 184

BOM JARDIM/AREA URBANA  
59621-100 MOSSORO RN

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D4E9.D18C.BF36.27C2.04E8.E1D4.9802.C3D6

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO

QUANTIDADE

PREÇO

VALOR (R\$)

Consumo Ativo(kWh)

0,52571755

0,00

TOTAL DA FATURA

0,00

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido

Dt Reav

Valor

27/08/19

24/12/19

96,38

31/07/19

20/08/19

122,63

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)

0,50553000

HISTÓRICO DO CONSUMO

DEZ	19	0
NOV	19	0
OUT	19	0
SET	19	30
AGO	19	128
JUL	19	146
JUN	19	151
MAI	19	128
ABR	19	129
MAR	19	126
FEV	19	128
JAN	19	
DEZ	18	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	0,00	100,00
Transmissão	0,00	0,00
Distribuição (Cosern)	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Tributos	0,00	0,00
Perdas de Energia	0,00	0,00
TOTAL	0,00	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS

PIS

COFINS

BASE DE CÁLCULO

%

VALOR DO IMPOSTO

0,00

0,00

BASE DE CÁLCULO

%

VALOR DO IMPOSTO

0,00

0,68

0,00

BASE DE CÁLCULO

%

VALOR DO IMPOSTO

0,00

3,16

0,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002130211952	CAT	19/11/2019 4.217,00	19/12/2019 4.217,00	30	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	0,00	0,00	0,00
Limite DICRI: 0,00					
Limites de Interrupção em dia crítico					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
Isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

007014545713

MÊS/ANO

12/2019

TOTAL A PAGAR(R\$)

0,00

VENCIMENTO

03/01/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/1



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Rita Alves do Nascimento

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 098.378.434 / 54, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Willsones Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.592.154 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Willsones Gomes da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.592.154 / 24, 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua - Presidente Castelo Branco</u>	<u>384</u>	<u>Casa</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>Cam Ferdinand</u>	<u>Mossoró</u>	<u>RN</u>
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	<u>59.625-100</u>	<u>84-9.8736-4829</u>

Local e Data: Mossoró, RN, 23/12/2019

Maria Rita Alves do Nascimento

Assinatura do Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSICAO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
WILLAMES GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. : OUT. BRASIL 10  
3340625 SGP PB

CPF  
075.592.154-24 DATA NASCIMENTO  
30/08/1989

FUNCAO  
ATAMER GOMES DA SILVA  
EISONETE JOAO DA SILVA

REMISSAO  
ACC CAT-ING  
AD

Nº REGISTRO  
05470228196

VALIDADE  
31/10/2021

1ª ANULACAO  
18/04/2012

VALIDADE EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
1290358310

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1290358310

ASSINATURA DO POSTULANTE  
WILLAMES GOMES DA SILVA

LOCAL  
MOSSORO, RN

DATA EMISSAO  
03/11/2016

06240387713  
RN702499303

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSICAO



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014529517728

DETRAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1  
CDD RENAVAM 00370904257  
EXERCÍCIO 2019

NOME  
WILLIANES GOMES DA SILVA

PLACA ANT / UF  
NOA7278 / RN

CHASSI  
9C2KC1670C1404100

COMBUSTÍVEL  
ALCOOL-GRASOL

ANO FAB 2011

ANO MOD 2012

CUR PREC/DOMINANTE  
CINCA

CATEGORIA  
PARTICULAR

VENO / COTAS  
1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

DATA DE PAGAMENTO  
14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$)  
R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$)  
R\$ 0.00

FAIXA LPVA  
002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS  
R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO  
14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$)  
R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$)  
R\$ 0.00

FAIXA LPVA  
002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS  
R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO  
14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$)  
R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$)  
R\$ 0.00

FAIXA LPVA  
002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS  
R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO  
14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$)  
R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$)  
R\$ 0.00

FAIXA LPVA  
002855 3X

DETRAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1

CDD RENAVAM 00370904257

EXERCÍCIO 2019

NOME WILLIANES GOMES DA SILVA

PLACA ANT / UF NOA7278 / RN

CHASSI 9C2KC1670C1404100

COMBUSTÍVEL ALCOOL-GRASOL

ANO FAB 2011

ANO MOD 2012

CUR PREC/DOMINANTE CINCA

CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

DETRAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1

CDD RENAVAM 00370904257

EXERCÍCIO 2019

NOME WILLIANES GOMES DA SILVA

PLACA ANT / UF NOA7278 / RN

CHASSI 9C2KC1670C1404100

COMBUSTÍVEL ALCOOL-GRASOL

ANO FAB 2011

ANO MOD 2012

CUR PREC/DOMINANTE CINCA

CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

DETRAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1

CDD RENAVAM 00370904257

EXERCÍCIO 2019

NOME WILLIANES GOMES DA SILVA

PLACA ANT / UF NOA7278 / RN

CHASSI 9C2KC1670C1404100

COMBUSTÍVEL ALCOOL-GRASOL

ANO FAB 2011

ANO MOD 2012

CUR PREC/DOMINANTE CINCA

CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

FAIXA LPVA 002855 3X

PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO 14/05/2019

PREMIO TOTAL (R\$) R\$ 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$ 0.00

## PROCURAÇÃO

Outorgante:

Willames Gomes da Silva, brasileiro (a), estado civil união estável  
profissão leconico, residente e domiciliado à Rua Presidente Castelo Branco  
Nº 184 Bairro Bom Jardim, Município de Mossoro  
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.623-300  
portador(a) do RG nº 332.406.25, SSP/ RN e CPF nº 075.592.354-24

Outorgado:

Maria Rita Alves dos Anjos, brasileiro(a), estado civil união estável  
profissão Autônoma, residente e domiciliado à Rua Presidente Castelo Branco  
Nº 184, Bairro Bom Jardim, Município de Mossoro  
Estado de (o) Rio Grande do Norte CEP 59.623-300  
portador(a) do RG nº 3.063.469, SSP/ RN e CPF nº 098.378.434-54

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) Willames Gomes da Silva ocorrido em 23/07/2019 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.

Mossoro, 03 de Setembro de 2019



Willames Gomes da Silva  
Outorgante

CPF Nº 075.592.354-24



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DE MOSSORO-RN

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de Nome do  
Reconhecido: WILLAMES GOMES DA SILVA, 075.592.354-24.

Confira em: <https://selidigital.tpm.jus.br>

Celo Digital: RN2019000448001815/DQE

Mossoró-RN, 03 de setembro de 2019 11:58

Substituta  
Luana Kariny Mendonça Fernandes - Tabeliã

Cip. Nathalia

Emol. 2,83 / ISSQN. 0,14

A6005543

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024520/20

**Vítima:** WILLAMES GOMES DA SILVA

**CPF:** 075.592.154-24

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/07/2019

**Titular do CPF:** WILLAMES GOMES DA SILVA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### MARIA RITA ALVES DO NASCIMENTO : 098.378.434-54

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

### WILLAMES GOMES DA SILVA : 075.592.154-24

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020  
Nome: MARIA RITA ALVES DO NASCIMENTO  
CPF: 098.378.434-54

MARIA RITA ALVES DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva  
CPF: 122.394.894-30

Maria Luíza Gonçalves da Silva

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200028871 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLAMES GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.  
P-1-2-3

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO 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 DOCUMENTAL DECIFICT LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

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



# 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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLAMES GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000068789-5

---

Nr. da Autenticação D861A309FC0341CE

---

**Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028871**

**Vítima: WILLAMES GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA RITA ALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WILLAMES GOMES DA SILVA**

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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028871                      Vítima: WILLAMES GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/07/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA RITA ALVES DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILLAMES GOMES DA SILVA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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, 06 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200028871**

**Vítima: WILLAMES GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA RITA ALVES DO NASCIMENTO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), WILLAMES GOMES DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

