TJRN
PJe - Processo Judicial Eletrônico

17/10/2020

Número: **0800456-24.2020.8.20.5161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Baraúna**
Última distribuição : **22/07/2020**
Valor da causa: **R$ 6.750,00**
Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA (AUTOR)	**LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	**Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)**

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
61675413	17/10/2020 09:22	2758475_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 6.750,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00560
CONTA: 000000049089-7

Nr. da Autenticação 3664ED65C034F84E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036191 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO RENAL DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM NEFRECTOMIA DIREITA. (P8) ALTA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO RIM DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO RIM DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 6 E 9.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R$ 6.750,00
		Total	**50 %**	**R$ 6.750,00**

Seguradora LÍDER

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

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

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

https://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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[2].

[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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iris Maria Bezerra da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.576.334 / 41, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria das Graças C. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.592.364 / 22

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria das Graças C. da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.592.364 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: Rua Nossa Senhora das Graças		Número: 60	Complemento: Casa
Bairro: Centro	Cidade: Baraúna	Estado: RN	CEP: 59 695 - 000
E-mail: Não Possui			Tel.(DDD): (84) 99827-0066

Local e Data: Mossoró-RN 28/10/2019

Assinatura do Declarante

DEDRL.001 V001/2017

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **60377 /2019**

Admissão: 02/09/2019 20:12:08

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:48486 - MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA (34 a 6 m 11 d)

Nascimento: 19/02/1985 Natural: BARAUNA,BRASIL Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 04759236422 Prof:

Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA Pai: FRANCISCO CASSIANO SOBRINHO

Logradouro: AMAURI RIBEIRO, 84

CEP: 59695000 Bairro: CENTRO Cidade: BARAUNA

Telefone:84 94104052 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO **Tipo:** REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO *Empresa:

OBS: BARAUNA RN/ DR ITALO						Classificação: 02/09/2019 20:07:35			PESO:
HORA	P.A	HGT	SatO2	FiO2	F.R	F.C	TEMP.	Glasgow	RTS
20:40	90x70		97			100			

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: QUEDA DE MOTO, CEFALÉIA + VÔMITOS COM SANGUE + TCE ?

Hora: 20:40

Paciente vítima de queda de moto há ± 5 horas sem uso de capacete (SIC). Nega perda de consciência. Refere náuseas, 6 episódios de hematêmese e tontura pós-queda. Relata um episódio de hematúria. Refere dor em região de dorso D irradiando para flanco e hipocôndrio D. Trazido ao serviço sem prótese dentária. Nega alergias medicamentosas e comorbidades. Exame: dolorosa a palpação do hipocôndrio D, sem crepitação. Pelvi estável.

A - vias aéreas pérvias, sem controle cervical, sem cervicalgia

B - MV ⊕ em AHT, ↓ s/RA, indolor a palpação

C - PA: 90x70, pulsos simétricos periféricos, FC: 100bpm

D - ECG 15, pupilas isofotorreagentes

E - escoriações e hematoma em região frontal D e hematoma infraorbitário

Diagn. Inicial: Politrauma

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Dieta zero			
② SRS 1000 ml, EV, 0			
③ Dipirona 1g + ABD, EV, agora			
④ Solicito passagem de SVD			
⑤ Solicito TC de crânio, face, tórax e abdome			
⑥ Solicito avaliação do UCR, BMF			
⑦ Alergia			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 17/09/2019 SAME / ARQUIVO			

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

CID_____ Proc._____ Data: ___/___/19, Hr: ___:___ Médico: _____

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 02 de Setembro de 2019 (Assinar e Carimbar)

Laparotomia Exploradora (04070401016-1)

Brnf 02/09/19 20:35h

Paciente evolui com história de acidente motociclístico [illegible] sem perda de consciência, [illegible] vômitos, [illegible] [illegible] GCS 15. Atualmente [illegible] [illegible] história epidemiológica solicito TC [illegible].

NK - 22h

RG 15
sem déficits
TC crânio: sem alterações bruscas
--Alta de PC

André Lima Batista
Neurocirurgião Endovascular
CRM/RN : 4119

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/09/2019
SAME / ARQUIVO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Alano da Cruz C S.L

Jovem com relato de acidente de moto, com trauma em região de face, evolindo com perda de consciência e cefaleia (6x).

e queixa + de sonolência

+CEF

010920

Dr. Italo Fernandes
MÉDICO
CRM 6292

HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO
Rua Expedito Alves, S/N - Moinho Novo - Baraúna/RN
Fone: (84) 3320.3920

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/09/2019

SAME / ARQUIVO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Maria da Graça C Silva

Paciente com quadro de acidente de moto. Com trauma em região do joelho, evoluindo com pré de vômitos e cefaleia. (6x)

e fisioterapia de deambulação

+CEI

Dr. Italo Fernandes
MÉDICO
CRM 6292

010920/5

HOSPITAL FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO
Rua Expedito Alves, S/N - Moinho Novo - Baraúna/RN
Fone: (84) 3320.3920

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME HRTM 14/10/2020
SAME / ARQUIVO

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARAÚNA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE FRANCISCO BEZERRA SOBRINHO

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

Nome: Maria dos Graças Assunção Silva

Idade: 33 Sexo: F Estado Civil: Solteira Profissão: Agricultora

Pai:

Mãe:

Endereço: R. Neto Fargno.

End. Responsável:

Serviço:

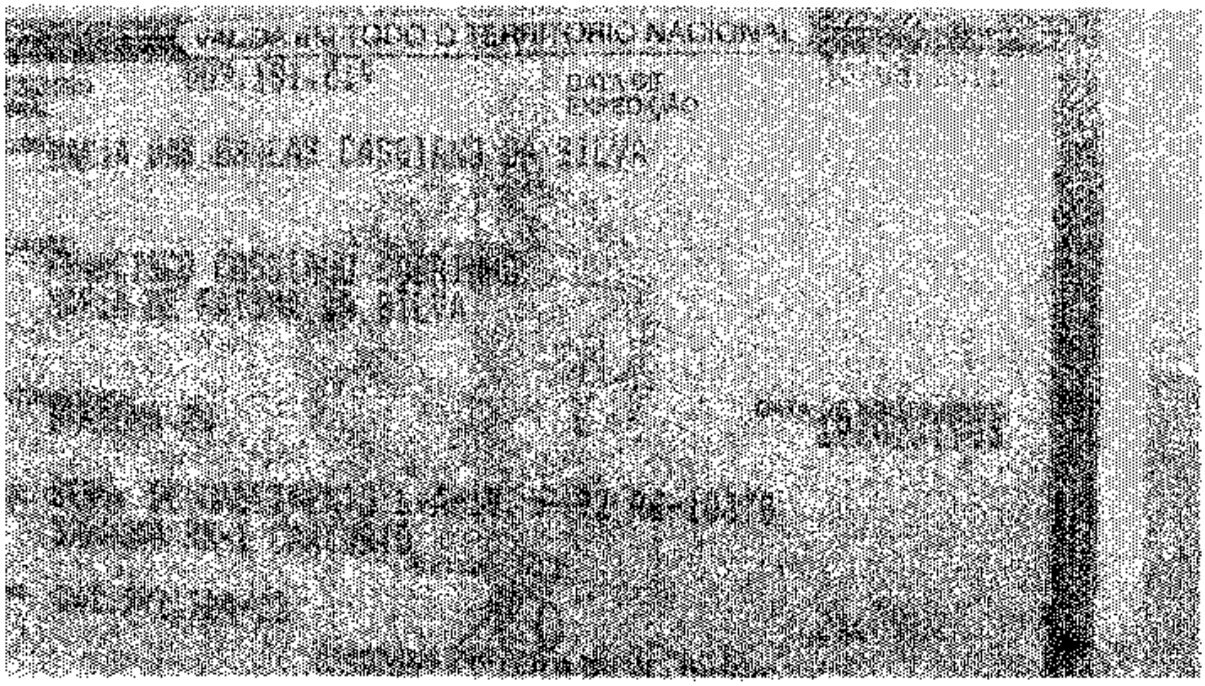
Data: 02.09.19 Alta: / / Dias de Permanência

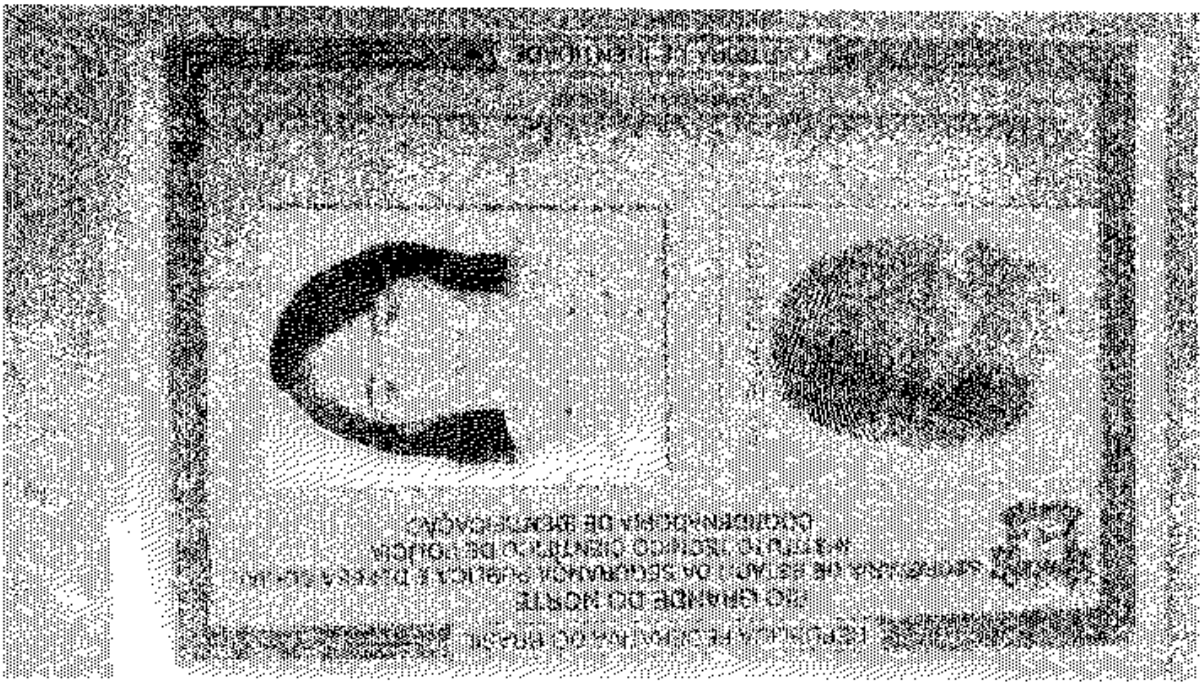
PA = 180x70 Óbito: / /

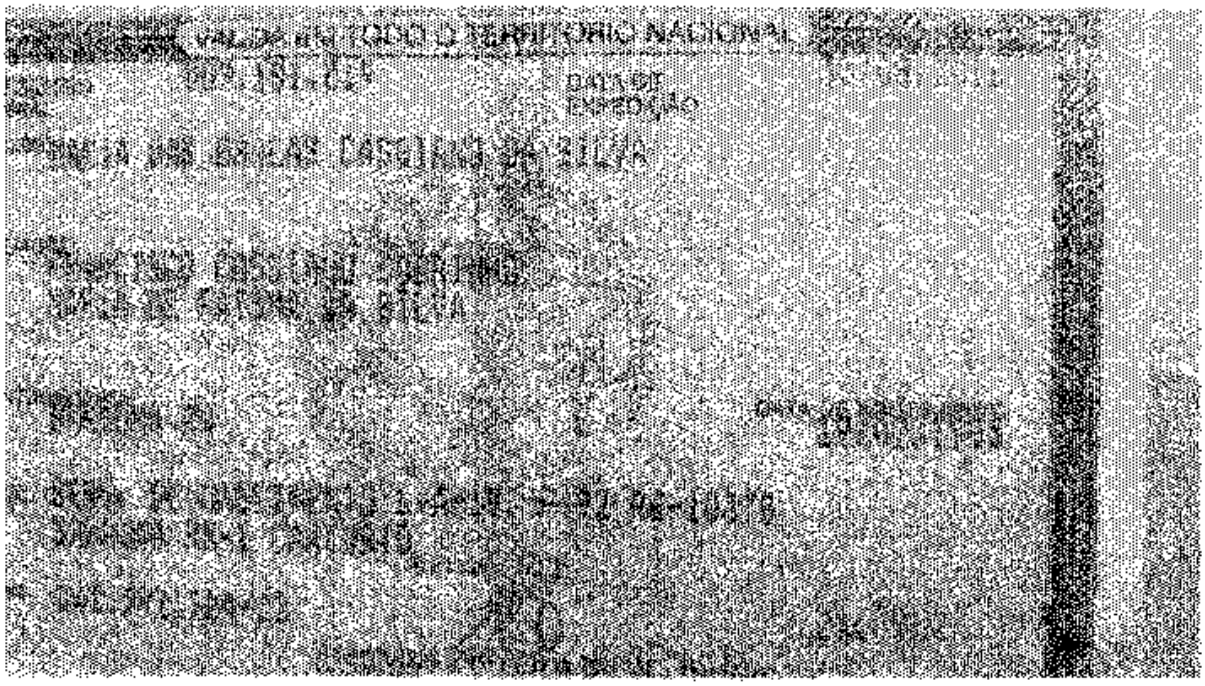
Diagnóstico Inicial: Acidente de moto. Escoriações face

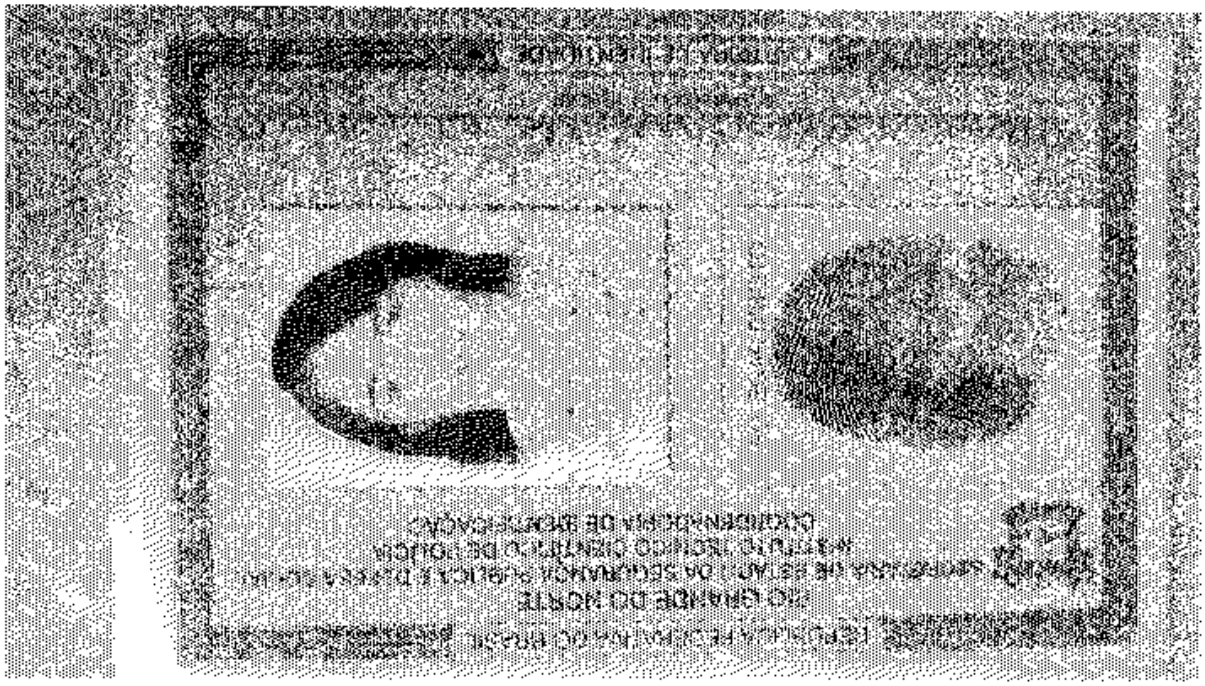
Diagnóstico Final: Contusão Hemitórax D

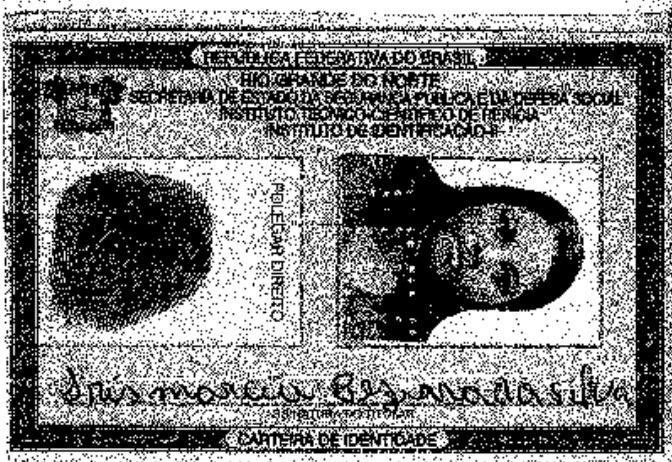
Dr. Italo Fernandes
Médico
CRM 8299

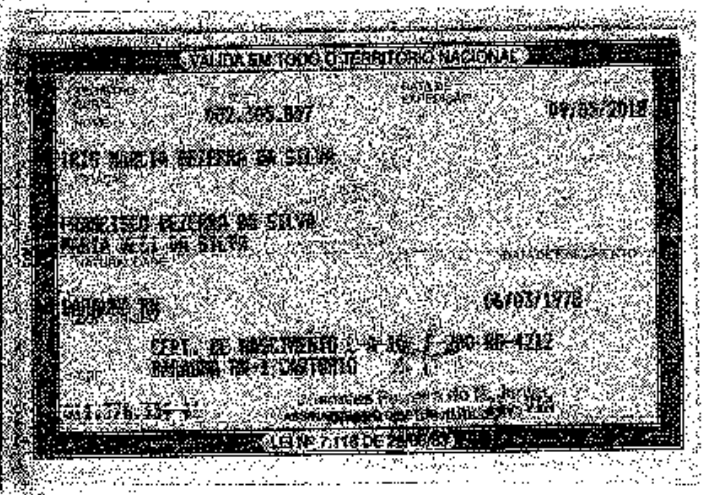









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
POLEGAR DIREITO
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
04/05/2018
06/03/1972

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA

EU Maria dos Graças Cordeiro da Silva, CPF: 017.592.364-22, SINISTRO: 3190696600, VENHO POR MEIO DESTA CARTA INFORMAR QUE MEU PROCESSO DE INVALIDEZ FOI NEGADO, FIZ UMA CONSULTA PARTICULAR, O MEDICO ME PASSOU UM LAUDO ESPECIFICANDO TODAS AS MINHAS SEQUELAS. PEÇO QUE VERIFIQUE ESTE LAUDO QUE FOI ENVIADO E QUE MARQUE UMA PERICIA PARA O MÉDICO ANALISAR PESSOALMENTE MINHAS SEQUELAS.

Maria dos Graças Cordeiro da Silva

DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1160-MTB149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MÉDICO

A paciente MARIA DAS GRAÇAS CASSIANO da SILVA, 33 anos de idade, agricultora, CPF: 047.592.364-22.

HISTORICO: acidente de trânsito moto com carro em estrada carroçável, ocorrido no dia 02 de setembro de 2019, na cidade de BARAUNAS, trazida em AMBULÂNCIA ao HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO de VASCONCELOS MAIA em MOSSORÓ, com ABDOMEM AGUDO CIRÚRGICO. Boletim de Atendimento Nº 60377/2019

DIAGNOSTICO: ROTURA de BAÇO + VISCERAS ABDOMINAIS e perda total do RIM DIREITO. Operada de URGÊNCIA e INTERNADA durante 5 cinco DIAS

CID. S360 + S37.0
S371

SEQUELAS:

a) DOR ABDOMINAL que se exacerba com sensibilidade permanente em flanco, não pode agachar-se ou esforço a partir do moderado. NÃO MAIS CONSEGUE TRABALHAR.

b) Perda da capacidade funcional LABORAL e COTIDIANA de 60%

Policlínica Médica
Rua João Pessoa, 68 - Centro
Fone (84) 3321-6121
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manha

Mossoró 30 de janeiro de 2020

Clínica Oitava Rosado
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro
Fone (84) 3317-3636
Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min
3ª e 5ª Todas as manha

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160/RN - MTB 149/RJ

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Maria DAS Gracas Cassiano da silva

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Autonoma

IDENTIDADE: 002.381.819 CPF: 047.592.364-22

ENDEREÇO: Rua = NEO TARGINO 311. Centro area urbana

OUTORGADO

NOME: Irismarcia Pereira da silva

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira

PROFISSÃO: Agricultora

IDENTIDADE: 002.305.807 CPF: 011.376.334.41

ENDEREÇO: Rua. NOSSA SENHORA DAS Graça.

NOME DA VÍTIMA: Maria das Graças Cassiano da Silva

DATA DO ACIDENTE: 02/09/2019 COBERTURA: Invalidez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Baraúna RN. 15.10.2019

LOCAL E DATA

OFÍCIO DE NOTAS BARAÚNA-RN

Maria das Graças Cassiano da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO BARAÚNA

Av. Antônio Basílio, 604 - Centro
CEP: 59.924-000 - Baraúna - RN
Telefone: (84)3251-2217

REC. DE FIRMA Nº 2019-004443

Reconheço por autenticidade a firma de:
MARIA DAS GRACAS CASSIANO DA SILVA**********
Por: 44 1 1 pessoa de verdade.
Baraúna-RN, 15/10/2019 08:26:08
Selo Digital: RN20190469404G000006020KS
Para consultar o selo acesse: https://selodigital.tjrn.jus.br
SERVIÇO R$ 2,83 FDJ:R$ 0,00 FERCOMP:R$ 0,00
FEMP:R$ 0,00 ISS:R$ 0,14 FUNAFI:R$ 0,00

ZONA MARIA JUSTINA DA SILVA FREITAS - SUBSTITUTA
VÁLIDO SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS

Seguradora LÍDER

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: 044.592.364-22

4 - Nome completo da vítima: Maria das Graças Cassiano da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Maria das Graças Cassiano da Silva

6 - CPF: 044.592.364-22

7 - Profissão: Do Lar

8 - Endereço: Rua Alto Torgino

9 - Número: 34

10 - Complemento: casa

11 - Bairro: Centro

12 - Cidade: Baraúna

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59695-000

15 - E-mail: Não Possui

16 - Tel.(DDD): (84) 99807-0066

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 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 49089 7 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data 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 (gravidez)? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do polegar direito

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Natal RN 03/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria das Graças Cassiano da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019


CAIXA
POUPANÇA
6277 8012 3841 6071
MARIA DAS GRACAS C SILVA
0560 013 00049089-7 07/21

DECLARAÇÃO

Eu Maria dos Graças Cabiane da Silva RG 002.181.819 e CPF 047.592.364-22 declaro para os devidos fins que estive no banco Caixa Econômica para regularizar minha Conta Poupança número 49089-4 da agencia 0560 para poder receber o benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Mossoró RN 03/03/20

Cidade, Data

Maria dos Graças Cabiane da Silva

Assinatura do titular da conta bancária

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ
MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047828/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/10/2019 10:17 Data/Hora Fim: 01/10/2019 10:33
Delegado de Polícia: André Gustavo Videres de Albuquerque

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Baraúna
Data/Hora do Fato: 02/09/2019 16:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN) Bairro: Zona Rural
Logradouro: ZONA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA DAS GRAÇAS CASSIANO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Baraúna Sexo: Feminino Nasc: 19/02/1966
Profissão: Agricultor
Estado Civil:Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Fátima da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002181819

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: RUA NEO TARGINO Nº: 299
Bairro: CENTRO
Telefone: (84) 9432-7275 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Não

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: IRÍS MARCIA BEZERRA DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 06/03/1978
Estado Civil:Solteiro(a)

Endereço

Município: Baraúna - RN
Logradouro: RUA NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS Nº: 61
Bairro: ZONA RURAL

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FURTOS E ROUBOS DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047828/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição CARRO CINZA
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Iris Marcia Bezerra da Silva	Possuidor

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 134.991.324-35
Placa POJ0C36
Renavam 01125942670
Número do Motor KC22E0G015362
Número do Chassi 9C2KC2200GR015362
Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Baraúna
Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/04/2019
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria das Graças Cassiano da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA TRANSITANDO EM VIA PÚBICA EM SUA MOTOCICLETA, SEM CAPACETE, QUANDO UM VEÍCULO, CARRO DE COR CINZA, VINHA ATRÁS E COLIDIU NA MOTOCICLETA DA VÍTIMA QUE CAIU E SOFREU LESÕES NO RINS , CONFORME EXAME FÍSICO.

ASSINATURAS

Fábio Sterfson Torres de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 169.224-0
Responsável pelo Atendimento

Maria das Graças Cassiano da Silva
(Vítima / Comunicante)

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