

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: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LETICIA MEDEIROS DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000056521-4

Nr. da Autenticação 6AF6C67FB92ADE9B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200298798 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS **Data do acidente:** 30/06/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO DR JOAN JERONIMO

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 cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298798

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LETICIA MEDEIROS DANTAS

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LETICIA MEDEIROS DANTAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000758

Conta: 000000056521-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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/BIBLIOTECASWEB/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 ALYSON LUIZ JERÔNIMO DAMASCENO inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.102.364 / 30,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LETÍCIA MEDEIROS DANTAS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 702.709.164 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima
LETÍCIA MEDEIROS DANTAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.709.164 / 07, 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 RUA CORONEL BEMBEM		Número 169-A	Complemento
Bairro PARAÍBA	Cidade CAICÓ	Estado RN	CEP 59.300-000
Email caicoseguros@gmail.com		Telefone comercial(DDD) 84-99801-5199	Telefone celular (DDD) 84-99801-5199

CAICÓ RN, 20 de AGOSTO de 2020.
Local e Data

X ALYSON LUIZ JERÔNIMO DAMASCENO
Assinatura do Declarante

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



COSERN

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

JAILMA MEDEIROS DANTAS

CPF: 023.289.834-05 NIS: 15182238647

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CORONEL BEMBEM 169 A

PARAIBA/ÁREA URBANA
59300-000 CAICÓ RN

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

DATA DE VENCIMENTO

12/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

05/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

046278493

Série: U

CONTA CONTRATO

007010241493

Nº DO CLIENTE

3000580345

Nº DA INSTALAÇÃO

0000115473

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

0F46.2579.999C.DF48.2D22.2FC7.ABED.DD53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11459038	3,43
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19644065	13,75
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	113,00	0,29466098	33,29
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11244105	3,37
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19275609	13,49
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	113,00	0,28913414	32,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,25
ICMS-Parcela Subvencionada			8,33
TOTAL DA FATURA			119,58

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
100,00	18,00	18,00	100,00	1,24	1,24	100,00	5,69	5,69

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,36602330
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,14746893
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,22120299
Consumo-TE até 30 kWh	0,36440650
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,14470299
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,21705300

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
AGO 20			213
JUL 20			366
JUN 20			206
MAY 20			251
ABR 20			260
MAR 20			283
FEV 20			241
JAN 20			314
DEZ 19			303
NOV 19			282
OUT 19			388
SET 19			174
AGO 19			189

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	25,97	25,97
Transmissão	4,82	4,82
Distribuição (Cosern)	26,65	26,65
Encargos Setoriais	0,81	0,81
Tributos	24,93	24,93
Perdas de Energia	6,72	6,72
TOTAL	100,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

90000000001576127	CAT	06/07/2020	35.729,00	05/08/2020	35.842,00	30	1,00000	0,00	213,00
-------------------	-----	------------	-----------	------------	-----------	----	---------	------	--------

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
-----------	----------	---------------	-------------	------------	------------

Jun/2020

DIC-Na de horas sem Energia	CAICÓ	0,00	5,43	16,88	21,73
FIC-Na de valores sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,93
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00

DICR-Duração de Interrupção em dia crítico

Limite DICR: 12,22

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 37,83

Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! pantanal materiais de construç: rua pedro velho, centro / supermercado serido: rua januncio felix da silva, 848, centroLista completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em 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%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 47,11.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010241493	08/2020	0,00	12/08/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecia Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Crico-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9626
CNPJ: 08.241.754/0135-57

GOVERNHO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - PRONTO SOCORRO

HORA DE ENTRADA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DATA

HORA DO PREENCHIMENTO

Nº ATENDIMENTO

CM 30.08.20

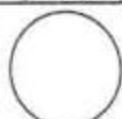
10:21

36

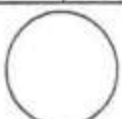
CAMPO 1 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este Campo deve ser preenchido pelo Enfermeiro responsável pelo ACCR

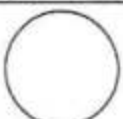
PA 110x70 mmHg FC 69 bpm FR 19 lpm T. Axilar - °C SpO2 96 % Glicemia mg/dl



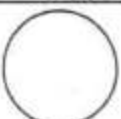
VERMELHO



AMARELO



VERDE



AZUL

ESCALA DE GLASGOW

AO RV RM AP TOTAL

ESCORE DE DOR

1 2 3 4 5
6 7 8 9 10

HISTÓRIA BREVE

Pct presente de queda de moto.

HORA

MEDICAÇÕES EM USO

ALERGIAS

COMORBIDADES

REAValiação

HORA

Clarissa G. de Araújo
Enfermeira
COREN/RN 478897-ENF

ENFERMEIRO
PLANTONISTA

CAMPO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Este Campo deve ser preenchido por extenso, completo, sem abreviaturas e de forma legível

NOME/NOME SOCIAL Leticia MEJ. JANTAS DATA DE NASCIMENTO 09.07.96 IDADE 23 SEXO F

CPF 702.709.164.07 RG 2914070 CARTÃO SUS 700102953513012

NATURALIDADE SAO J. SABUGI NOME DA MÃE JAIRMA MEJ. JANTAS

ENDEREÇO R. COL. BEM BEM 169 BAIRRO PARAIBA

CIDADE/ESTADO CRICO TELEFONE

FORMA DE CHEGADA

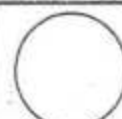
☐ ESPONTÂNEA ☐ SAMU ☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ OUTRAS:
☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ AMBULÂNCIA/CONVÊNIO

CAMPO 3 - AVALIAÇÃO KANBAN

Este Campo deve ser preenchido pelos Enfermeiros responsáveis pelas áreas assistenciais (verde, amarelo, vermelho)



VERDE



AMARELO



VERMELHO

REAValiação

HORA

ENFERMEIRO
PLANTONISTA

KANBAN I

KANBAN II

KANBAN III

REAValiação

HORA

ENFERMEIRO
PLANTONISTA

ATE 6 HORAS 6 À 24 HORAS > 24 HORAS

OBSERVAÇÃO NIR

REAValiação

HORA

ENFERMEIRO
PLANTONISTA

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico plantonista

Luiz Carlos Costouelo

DIAGNÓSTICO INICIAL

HORA

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico plantonista

HORA DA SOLICITAÇÃO	HORA DA ENTREGA	HORA DA SOLICITAÇÃO	HORA DA ENTREGA
☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS ☐ TGO + TGP ☐ GLICEMIA ☐ ECG ☐ UREIA + CREATININA ☐ CKMB + CPK ☐ AMILASE ☐ OUTROS: _____ ☐ COAGULOGRAMA ☐ TROPONINA ☐ EAS ☐ GASOMETRIA ARTERIAL ☐ IONOGRAMA ☐ PCR		☒ RAIOS X: <i>Antebraço E AP</i> ☐ TOMOGRAFIA: _____ ☐ OUTROS: _____	

Dr. Alexandre Costa
CRM/RN 9666

CAMPO 6 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS
Este Campo deve ser preenchido pelos Enfermeiros responsáveis pelas áreas assistenciais (verde, amarelo, vermelho)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ SUTURA - QUANT: _____ | ☐ PARACENTESE | ☐ LAVAGEM GÁSTRICA | ☐ RETIRADA CORPO ESTRANHO |
| ☐ SNG/SNE - QUANT: _____ | ☐ SONDAGEM VESICAL | ☐ CURATIVO SIMPLES - QUANT: _____ | ☐ DRENAGEM ABSCESSO |

CAMPO 7 - PRESCRIÇÃO MÉDICA
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico plantonista

no ortopedista (Tratamento com dor de rotina?)

Dr. Alexandre Costa
Médico
CRM/RN 9666

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 8 - PARECER DO ESPECIALISTA
Este Campo deve ser preenchido pelo Médico parecerista

HORA DA SOLICITAÇÃO	HORA DA ENTREGA

CAMPO 9 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE
Este Campo deve ser preenchido pelos Enfermeiros responsáveis pelas áreas assistenciais (verde, amarelo, vermelho)

☐ ALTA MÉDICA ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ INTERNAMENTO ☐ EVASÃO ☐ ÓBITO OBSERVAÇÃO:	SETOR: HORA DATA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: CIDADE:
---	------------------------	---



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTOPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 30/06/2020 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: V.H.R.S.
PACIENTE: Letícia Medeiros Dantas DN: 09.10.196
RG: 2114070 CPF: 702.709164-07 SUS: 700.102953513017
ESTADO CIVIL: Casada SEXO: IDADE: 23 TELEFONE: 99244280
PAI: Anderson Dantas MÃE: Jailson Medeiros Dantas
ENDEREÇO: R. Coronel Bembem Nº 169
BAIRRO: Paraisópolis CIDADE: Lins UF: SP
MÉDICO: Dr. João

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura - luxação do cotovelo e

PROCEDIMENTO INDICADO:

Revisão cotovelo

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: 1º e 2º. referidos
CID: CODIGOSIA/SUS: 0303090227
EQUIPE MÉDICA: CIRURGIÃO: Dr. João CRM: AUXILIAR: CRM:

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: CRM: AUDITOR:

RECEITUÁRIO

Leifiane M. Dantas

R_f

Solicita:

Rx do Cafeiro e
APcA

conf/2

folha gessada
ouro-peludo

Reforma: 14/07/20
7:00

Refinar folha
Rx do Cafeiro e
APcA

30/06/20



uso int

1. Arfrasil¹⁶⁰ 01x
fornar 01 4^{vo}, 12/12

[Handwritten signature]

Reforma: 04/08/20
7:00

Rx do Cafeiro e
APcA

[Handwritten signature]

RECEITUÁRIO

P/ Leticia M. Santos

Alfa do tratamento
p/ fratura da
cabeça do rádio e

Apresentando limi-
tações leve das mo-
vimentas do
cotovelo em con-
sequência do seu
acidente.

04/08/20

JOAN JERÔNIMO BARRETO
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3380 - SP

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1929407619

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR / UF)
002379423 ITRP RN

CPF
068.102.364-30

DATA NASCIMENTO
29/01/1990

FILIAÇÃO
FRANCISCO ASSIS
DAMASCENO
LUCINIDE JERONIMO
DAMASCENO

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
J.D.

Nº REGISTRO
04506437448

VALIDADE
05/11/2024

1ª HABILITAÇÃO
01/04/2009



OBSERVAÇÕES
RAB

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1929407619

LOCAL
CAICO, RN

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
08/11/2019

Assinatura: [Signature]

Assinatura do Emissor

65451474015
RN706443058

RIO GRANDE DO NORTE

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

NOME
LETICIA MEDEIROS DANTAS

DOC. IDENTIFICAD. / OUT. EMISSOR / UF
2914070 SSP RJ

CPF 702.709.164-07 **DATA NASCIMENTO** 09/07/1996

PERM. AC
LINDOMAR DANTAS
JATIMA MEDEIROS DANTAS

VERIFICACAO **ACC** **CAT. INF.**
N/A N/A N/A

Nº REGISTRO 06458184271 **VIGENCIA** 31/03/2020 **1ª HABILITACAO** 17/08/2015

OBSERVAÇÕES

Letícia Medeiros Dantas

LOCAL CAICO, RJ **DATA EMISSAO** 26/08/2016

89480618785
RN702464201

CELTAR - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS
O TERCEIROS NACIONAL
1284221869

PROIBIDO PLASTIFICAR
1284221869

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234265/20

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

CPF: 702.709.164-07

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 30/06/2020

Titular do CPF: LETICIA MEDEIROS DANTAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO : 068.102.364-30

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

LETICIA MEDEIROS DANTAS : 702.709.164-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/08/2020
Nome: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO
CPF: 068.102.364-30

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Letícia Medeiros Dantas, brasileira, casada, autônoma, residente e domiciliada na Rua Coronel Bembem, 169-A, Paraíba, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, inscrita no CPF/MF 702.709.164-07 e, portadora do RG nº 2.914.070 – SSP/RN - telefone nº 84-99924-4280.

Outorgado (a):

Alyson Luiz Jerônimo Damasceno, brasileiro, casado, militar, residente e domiciliado na Rua Coronel Bembem, 169-A, Paraíba, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, portador do RG 2.379.423 – SSP/RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.102.364-30, telefone 84-99880-3481

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu (ua) bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, ao pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito, **Letícia Medeiros Dantas**, ocorrido em 30.06.2020, por volta das 09:25 horas, conforme registro do **BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.**, em anexo.

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 (a) outorgado (a) dê 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.

Caicó-RN, 20 de Agosto de 2020.

Letícia Medeiros Dantas

Outorgante

CPF Nº. 702.709.164-07.

OBS: Reconhecer firma em cartório por Autenticidade Verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234265/20

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

CPF: 702.709.164-07

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 30/06/2020

Titular do CPF: LETICIA MEDEIROS DANTAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO : 068.102.364-30

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

LETICIA MEDEIROS DANTAS : 702.709.164-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/08/2020
Nome: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO
CPF: 068.102.364-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200298798

Vítima: LETICIA MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 30/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALYSON LUIZ JERONIMO DAMASCENO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LETICIA MEDEIROS DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima: 702.709.164-07	Nome completo da vítima: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS		CPF: 702.709.164-07
Profissão: AUTÔNOMA	Endereço: RUA CORONEL BEMBEM	Número: 169-A
Bairro: PARAÍBA	Cidade: CAICÓ	Estado: RN
E-mail: caicoseguros@gmail.com	CEP: 59300-000	Tel/(DDD): 84-99801-5199

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0758 ☐ CONTA: 00056521 ☐ 4
(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.

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.

Peço 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, **Caicó-RN, 20 de Agosto de 2020.**
 Nome: **LETÍCIA MEDEIROS DANTAS**
 CPF: **702.709.164-07**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Letícia Medeiros Dantas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 01337

1 - LOCAL E DATA

Local RUA OLEGARIO VALE Bairro CENTRO
Cidade/UF CAIEN/RN P. Ref. PERDA MODA INTIMA
Data 30/06/2020 Hora do acidente 09:25 Hora do registro 09:35 Dia da semana TERÇA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi M2J - 9A11 Cidade CAIEN UF RN
Marca/Mod. HONDA / B12 125 ES Cor ROSA Ano 2010 / 12010
Proprietário LETICIA MEDEIROS DANTAS N° de Ocupantes 01
Condutor LETICIA MEDEIROS DANTAS Data de Nasc. 09/07/1996
Endereço RUA DEL. REMBEM N° 169 Fone 84 99924-4280
Bairro PARAIBA Cidade CAIEN UF RN
CPF N° 702 709 164 - 07 CNH N° 06439184271 Validade 31/03/2020 Categoria AB
Local de Trabalho DO LAR
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? OLEGARIO VALE

Em que sentido? PAULINOS SUPERMERCADO - FEIRA LIVRE Em que faixa? CONTRA-MÃO

Versão do condutor DISSE QUE TENTOU ESTACIONAR SEU V1, MAIS AO TENTAR APIONAR O DESCANÇO CENTRAL O MESMO PRENDEU EM SUA SANDALIA VINDO A PERDER O CONTROLE E SEU V1 CAIR POR CIMA DO DEPOENTE.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☒ Retã	☒ Seca	☒ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Nebulina	☐ Cascalho	☐ Active Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive Íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha _____
☐ Iluminação Deficiente	_____	☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Entameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☒ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	☐ _____
			☐ Retorno	☐ _____	☐ _____
			☐ Entroncamento	☐ _____	☐ _____
			☐ Bifurcação	☐ _____	☐ _____
			☐ _____	☐ _____	☐ _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Hand-drawn map of a public square (PRAÇA PÚBLICA) on grid paper. The map shows a central square with a vertical road labeled "RUA OLIVEIRA VASCO" and a horizontal road labeled "RUA CARLOS DANTAS". A large black vertical bar is in the center. Various areas are labeled: "PRACA DE MOTOTAXI" on the left, "FERROLA MODA INTIMA" and "Nº 531" on the right, and "MADEREIRA" at the bottom right. A small figure is near the bottom center. A legend on the left lists symbols for: ÁRVORE (tree), VESTIGIOS (vestiges), SEMÁFORO (traffic light), PEDESTRE (pedestrian), BICICLETA OU MOTO (bicycle or motorcycle), CARRO DE PEQUENO PORTE (small car), CAMINHÃO OU ÔNIBUS (truck or bus), and CARRETA (cart).

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

SEM AVARIAS

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2

AVARIAS DO VEÍCULO 4

11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HRS Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ Cód/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A VERSÃO DOS CAMPOS 7 E 11 DESSE BOAT CORRESPONDE A MESMA PESSOA
O CONDUTOR DO V1 SOFREU POSSÍVEL LUPHARÃO NO BRACO ESQUERDO E NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR ESSE BOAT.
O VEÍCULO DA VÍTIMA PERMANECIU NO LOCAL DO ACIDENTE FICANDO DE ALGUÉM VIR BUSCÁ-LO POSTERIORMENTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima: 702.709.164-07	Nome completo da vítima: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: LETÍCIA MEDEIROS DANTAS		CPF: 702.709.164-07
Profissão: AUTÔNOMA	Endereço: RUA CORONEL BEMBEM	Número: 169-A
Bairro: PARAÍBA	Cidade: CAICÓ	Estado: RN
E-mail: caicoseguros@gmail.com	CEP: 59300-000	Tel (DDD): 84-99801-5199

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

OP. 013

AGÊNCIA: 0758 ☐ CONTA: 00056521 ☐ 4

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

Local e Data, **Caicó-RN, 20 de Agosto de 2020.**
 Nome: **LETÍCIA MEDEIROS DANTAS**
 CPF: **702.709.164-07**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Letícia Medeiros Dantas

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)