



Número: **0809674-71.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 843,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RARIEDSON MORAIS DA SILVA (AUTOR)	DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62851 688	17/11/2020 13:15	<u>2765888_CONTESTACAO_Anexo_03</u>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190599658 **Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA**

Data do Acidente: 25/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RARIEDSON MORAIS 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15017543

Pag. 00715/00716 - carta_01 - INVALIDEZ



00120358



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:15:44
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713154473200000060265058>
Número do documento: 20111713154473200000060265058

Num. 62851688 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190599658 **Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA**

Data do Acidente: 25/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

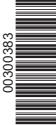
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00765/00766 - carta_02 - INVALIDEZ



00300383

Carta nº 15021619



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:15:44
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713154473200000060265058>
Número do documento: 20111713154473200000060265058

Num. 62851688 - Pág. 2

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190599658 **Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA**

Data do Acidente: 25/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RARIEDSON MORAIS DA SILVA

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 tornozelo 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: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000000727-7**

Conta: **0000037985-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
301.189.164-16 Zarielton Moraes da Silva			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	701.189.164-16
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RG: CUSUR	70.500 SÃO PEDRO	77	A
Bairro:	Cidade:	CEP/Zip:	59550-000
E-mail:	Tel.(DDP): 098061001		
adpvrat310@gmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: BANCO BRASIL	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 6727	CONTA: 37985
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - 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):

<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input type="checkbox"/> 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 Lider 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: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não alfabetizado)	Local e Data: <i>Zarieldon Moraes da Silva</i>	TESTEMUNHAS
Nome: <i>Zarieldon Moraes da Silva</i>	1º Nome: _____ CPF: _____	
CPF: _____	Assinatura _____	

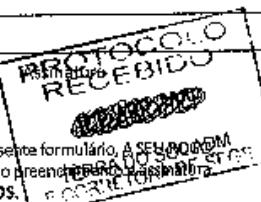
(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ
ZARIELDON MORAES DA SILVA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura de Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURO DPVAT, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento da assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190599658
Nome do(a) Examinado(a): Rariedson Morais da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Tv Sao Pedro, 74 A
Centro Joao Camara RN CEP: 59550-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002657251
Data local do acidente: [25/08/2018]
Data local do exame: [31/10/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

ACIDENTE DE MOTO, APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: CIRÚRGICO
Data da Alta: 10/09/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

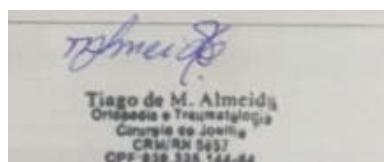
Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, CNPQ, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 12019463000886
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Data de Expedição: 23/05/2019 12:28:13
1.5 Lige: CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 23/05/2018 15:30:00
2.3 Ponto: Conhecido
2.5 Meio(s) de Transporte(s): Veículo
2.6 Tipo de Local: Via Pública
2.8 Número: 00
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: SAGRADO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.7 Localização: RUA DO MATADOURO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: PROX A IGREJINHA
2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome: RANERSON MORAIS DA SILVA
3.2 Estado Civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.5 Endereço: Rua Joaquim Rogerio, 270
3.7 Sexo: Masculino
3.9 CPF: 12.345.678-98
3.11 Nacionidade:
3.13 Profissão: ASG
3.15 Telefone(s): 64 9 174480
3.17 Número: 00
3.19 Bairro: VILA NOVA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: JOÃO CÂMARA

3.4 País: RONALDO FRANCISCO DA SILVA
3.6 Mae: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 23/05/1963
3.14 RG: 002657251 - Itep/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: JOAO CAMARA/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Localização: TRAVESSA SAO PEDRO
3.24 CEP:

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não
7.1.3 Chassi: SC2JC4110AR818452
7.1.5 Placa: 3EL1094
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano de fabricação: 2010
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Número fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FANDINO VICENTE SILVA DE LIMA
7.1.17 Nome do condutor: RANERSON MORAIS SILVA
7.1.19 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00215908708
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.12 Tipo de veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL JÁ MENCIONADO NESTE B.O. ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO QUANDO, UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTO; QUE, AO TENTAR DESVIAN, O PNEU DIANTEIRO PEGOU NO MEIO FIO E O COMUNICANTE CAIU; QUE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE JOÃO CÂMARA E NO DIA SEGUINTE FOI ATÉ O HOSPITAL WALTERFEDO GURGEL EM NATAL; QUE O COMUNICANTE TEVE SEU TORNozELO LIGUERDO QUEBRADO EM DOIS LUGARES E PRECISOU FAZER CIRURGIA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações da CIOSP

9.3 Outras providências

O COMUNICANTE AFIRMA QUE NÃO TIROU O PÓRICO, O RESPECTIVO BOLETIM DE OCORRÊNCIA PODERÁ NÃO SER VÁLIDO PARA EFEITOS DE SEGURO DIVITAS EM VIRTUDE DO EXPOSTO NA FORTARIA NORMATIVA N 02/2018 - GDG/PCRN, DE 09 DE FEVEREIRO DE 2018

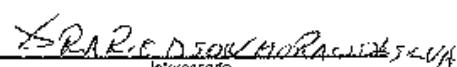
10. COMPLEMENTOS: (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

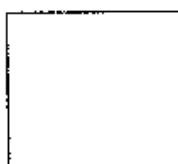
11. DECLARAÇÃO

Declaro (rei) que li as partes da Lei, certificando que as informações aqui registradas são verdadeiras.

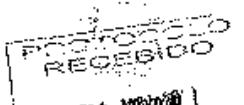
Data: 21/05/2019 12:28:13


Ranerson Moraes Silva
Assinatura
Policia Civil


Ranerson Moraes Silva
Interessado



Poligraf dimito



RECORRIDA
RECEBIDO
DATA: 21/05/2019
RETORNO: 21/05/2019

Alendimento: 2072858 - DANIELLE DE SOUZA ARAUJO FERREIRA
Assinatura: 2072858 - DANIELLE DE SOUZA ARAUJO FERREIRA em 21/05/2019 12:28:27

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Página 1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:15:44

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171315447320000060265058>

Número do documento: 2011171315447320000060265058

Num. 62851688 - Pág. 6

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 ASL: **30118916416** Nome completo da vítima: **Zarielton Moraes da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: **Zarielton Moraes da Silva** CPF: **10118916416**
 Profissão: **Recepcionista** Endereço: **70.500 PEDRO** Número: **77** Complemento: **A**
 Bairro: **Centro** Cidade: **JOÃO PESSOA** Estado: **PE** CEP: **59550-000**
 E-mail: **adpvrat310@gmail.com** Tel.(DDP): **(098) 851001**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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: **6727** CONTA: **37985**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **BANCO BRASIL**

AGÊNCIA: **6727** CONTA: **37985**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - 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 as custas da Seguradora Lider 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: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

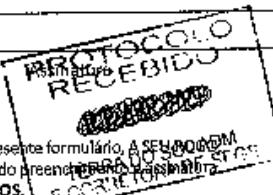
Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não alfabetizado) Local e Data: **João Camorim, 25/05/19**
 Nome: **Zarielton Moraes da Silva** CPF: **30118916416**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____ CPF: _____



Assinatura de Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURO DPVAT, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento da assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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: 06/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 000000037985-9

Nr. da Autenticação ABF6B601F113491F



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:15:44
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713154473200000060265058>
Número do documento: 20111713154473200000060265058

Num. 62851688 - Pág. 8





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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 82 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 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. 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 HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 207.285.364 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RARIE DSON MORAIS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 201.189.164 / 16,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RARIE DSON MORAIS DA SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 201.189.164 / 16 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 BANDEIRIA JUNIOR	Número:	994	Complemento:
Bairro:	Cidade: BARRA MIRIM	Estado:	RN	CEP: 59142-675
E-mail:		Tel.(DDD):	(84) 99866-1091	
			(84) 99134-3008	

Local e Data:

paranominen/ 25/02/2019

Hallison Quirino Soares da Silva
Assinatura do Declarante





**CLÍNICA
OCTÁVIA ROSADO**

Leandro Fidino

- # Resende Maia do Sá do Rio
- # Data do nascimento: 26/08/18
- # Pente para adulto / tênis em pé
dentes. For redondo curvo.
- # Atualmente refere dor no pé direito
principalmente o valto, 80% de manhã
no período 30%
- # Alto náusea

T93



27/09/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Av. Dom Severino Lamego Costa, 124 Vila Brasil Fone: (84) 9.8728-1592	Av. Senador Álvaro Címon, 1334 Centro Fone: (84) 9.5039-0433	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.5624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapó - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260





SESAP/PMM - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 43583 /2018

Admissão: 26/08/2018 15:20:33



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 89761 - RARIEDSON MORAIS DA SILVA (25 a 3 m 3 d)

Nascimento: 23/05/1993 Natural: JOAO CAMARA, BRASIL

CNS: 888002388681601 CPF: 70118918416

Mae: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS Pai:

Logradouro: VILA NOVA, 1

CEP: 59550000 Bairro: JOAO CAMARA

Telefone: 84.991623742 Compl:



Prof: EMSS/06: M Cor: Parda

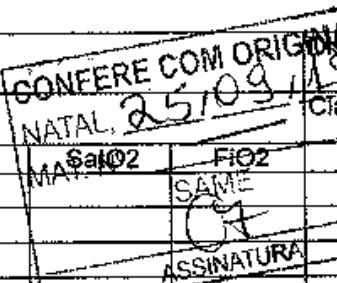
Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:



OBS:

Classificação: 26/08/2018 15:16:09

HORA	P.A.	HGT	MAP	SaO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
				SAME						
				CA						
				ASSINATURA						

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: RELATA QUEDA COM TRAUMA EM PE DIREITO

Hora:

Queda de moto c/ trauma no pe (P)

(A)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

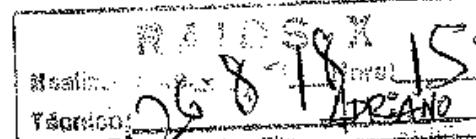
B Permeia no pe (P) frigo esionadas

C

D

E

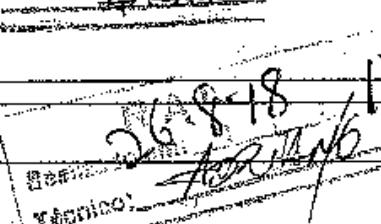
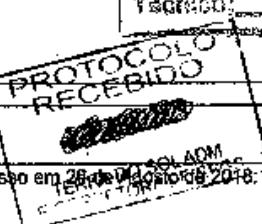
OUTRAS OBSERVAÇÕES:



*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por CARLOS MAGNO DANTAS E SILVA. Impresso em 26/08/2018 15:40.



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 2377 / 2018**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

icitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923
xutante: O solicitante ou: CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ne: 89761 RARIEDSON MORAIS DA SILVA Prontuário:
S: 898002388681601 Nascimento: 23/05/1993 Sexo: Masculino Cor: PARDA
e: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS Pai:
tereo: RUA VILA NOVA, 1 - JOAO CAMARA - JOAO CAMARA Fone: 991623742 /
nício: JOAO CAMARA Código Municipal IBGE: 240580 UF: RN CEP: 59550-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**INCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

AUMA EM TNZ DIR
DORIACOES EM DORSO DO PE
EM 3/4+
JROVASCULAR SEM ANORMALIDADES

NDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

CURGIA

SULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**gnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

1.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL*408050497.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

issionário Solicitante / Assitente:

RGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: 6641 / RN

Data da Solicitação 26/08/2018

Hausemann Moraes
ORTOPEDISTA
CRM 5314 / SBOT 12213

- PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**
- Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
 Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
 Acidente de Trabalho Trajeto
- culo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO**Nº Autorização da AIH:**

issionário Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____
cumento: CNS CPF nº _____
ta da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

**GOVERNO DO ESTADO DE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel
Pronto-Socorro Clóvis Sarinho**

Name _____

longer

Nº Registro:

500

OpTOpen

Index

References

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR	
	<i>CRM</i>	<i>Capa 200</i>
	<i>FE</i>	<i>AO 2010</i>
	<i>9 TRAB. CLÍNICO</i>	
	<i>Nos atend. Do Dr. FERNANDO</i>	
	<i>ENAT</i>	
	<div style="text-align: center;"> CONFERE COM ORIGINAL NATAL 25/09/18 MAT. N° SAME Ca ASSINATURA </div>	



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		EXAME COMPLEMENTAR (RADIODIAGNÓSTICO)	
A		B	
C		D	
D		E	
(ALERGIAS)		(MEDICAMENTOS EM USO)	
(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS)		(LIC. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		V (PASSADO VACINAL)	
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS		EXAMES COMPLEMENTARES (RADIODIAGNÓSTICO E IMAGEM)	
OUTROS		CONDUITA PRIMÁRIA (MEDICAGENS E PROCEDIMENTOS)	
ANOTAGENS DE ENFERMAGEM		ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		ASINNATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL	
ESPECIALISTA 1		ESPECIALISTA 2	
HORA: DATA:		HORA: DATA:	
ESPECIALISTA 3		ESPECIALISTA 4	
HORA: DATA:		HORA: DATA:	
DESTINO DO PACIENTE:		INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	
SALDA: () DECISSÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		SALDO: () COM ATESTADO () S.V.O () INTER	
DESTINO DO PACIENTE:		SITIO: DATA / / HORA	



ENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NESE

AME FÍSICO

Chuva no topo zelo (D)

PRESSÃO DIAGNÓSTICA

Trat. hidroclor.

AMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx ne (D) Ab

Obligado

LABORATÓRIO

artrite

OUTROS

Artrite inflamat.

ORDENHA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Todas horas - 1 cíndito

(1/2 cíndito - 1/2 cíndito + 1/2 cíndito)

do dia

Cíndito

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GUPGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8715 /2018

Prontuário: 1175013

Paciente: 89761 - RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Cartão SUS: 898002388681601

CPF: 70118916416

Dt Nasc: 23/05/1993

Idade: 25 anos 3 meses 3 dias Sexo: M Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS

Nome do pai:

Rua/Av: VILA NOVA

Nº:1

Complemento:

Bairro: JOAO CAMARA

CEP: 59550000

Cidade: JOAO CAMARA

Telefone: 84 991623742 84 991623742

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1001

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: RARIEDSON MORAIS DA SILVA -

Usuário: JOSEFA SILVA DA COSTA

Admissão: 26/08/2018 16:38:00 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

408050497 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

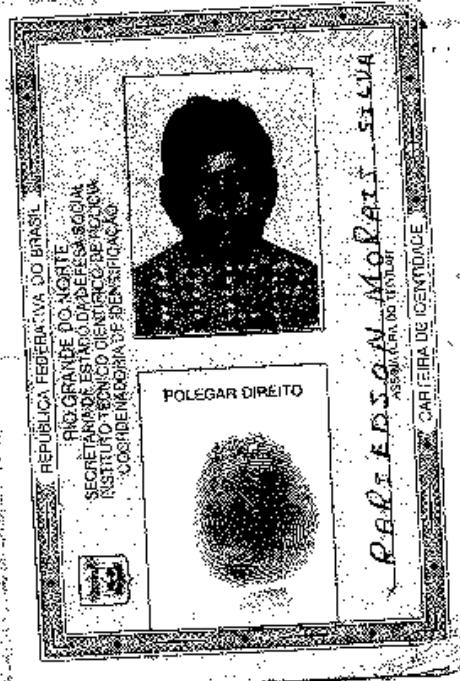
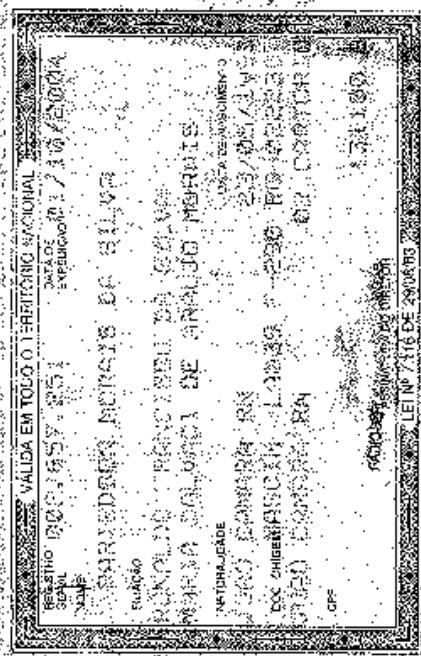
RESUMO DE ALTA

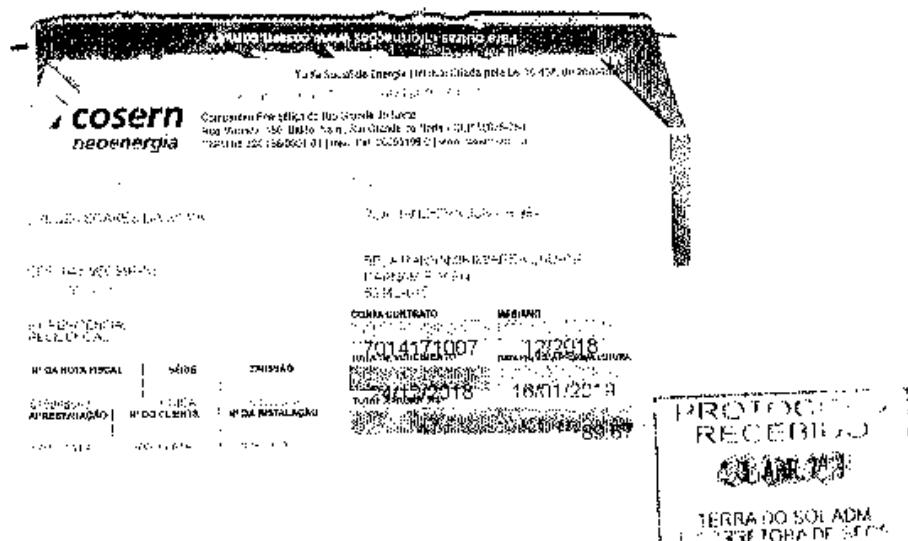
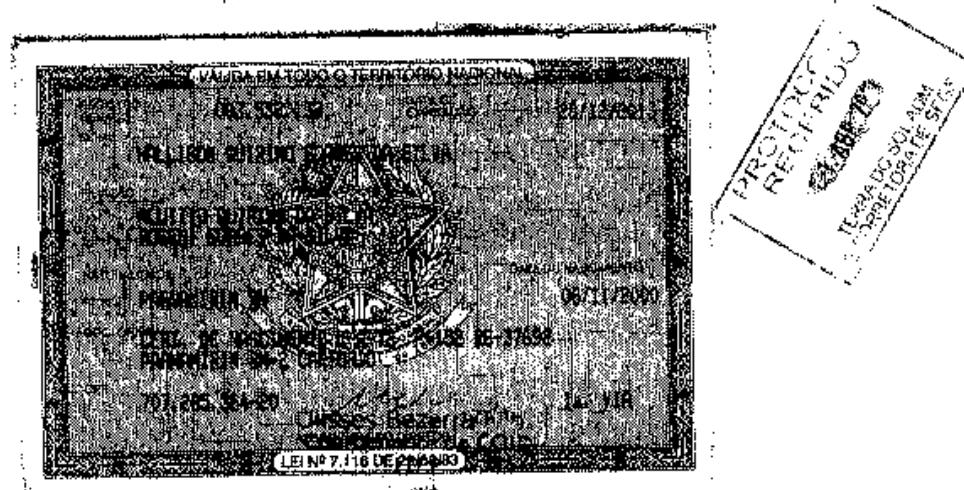
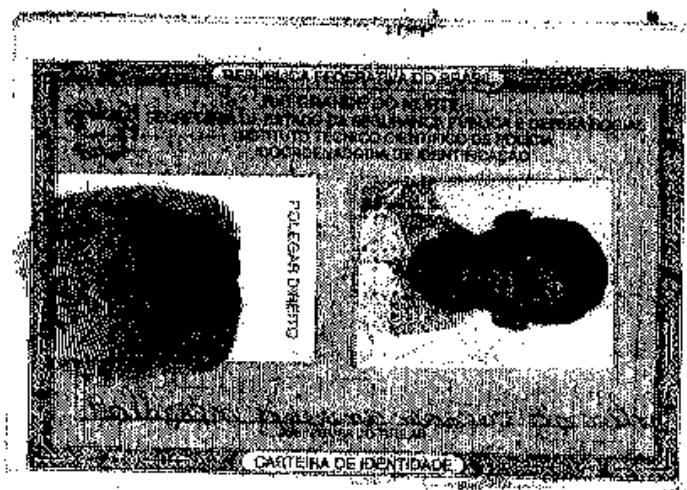
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 25/09/18
MAT. N°:
SAME
ASSINATURA

NATAL, 26 de Agosto de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM







Ao Sr(a) analista da Seguradora Lider:

Eu, Rariedson Morais Da Silva, portador do RG nº 002.657.251, inscrito no CPF sob o nº 701.189.164-16, residente e domiciliado na Rua Travessa São Pedro, nº 74 A, centro, João Câmara/RN, venho expor o seguinte:

Fui data 04-04-2019, transitava sendo o condutor do veículo: MOTO C.G 125 FAN, Placa MZL1994/RN,

transitava normalmente conduzindo minha motocicleta e fui surpreendido com um cachorro ao tentar desviar bati no cachorro vindo cair ao solo. Aconteceu o acidente de acordo com o b.o da Polícia.

Após o referido acidente fui socorrido e encaminhado ao hospital Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, número 43583/2018. Onde foi realizado o atendimento médico conforme consta no relatório médico já encaminhado a esta seguradora. Como consequência do acidente sofri fratura do pé direito, que necessitou de cirurgia. Atualmente apresento dor recorrente e dificuldade de flexão. Com alta, T93.

Realizado o pedido de indenização perante a seguradora, vem me sendo solicitada documentação médica complementar discriminando evolução do quadro de sequela e exames de imagem, porém, conforme informado anteriormente, eu não possuo tal documentação, já que, não fui encaminhado para tratamento complementar por meio do SUS, e não possuo condições financeiras de realizar qualquer tipo de tratamento.

Nesse ponto, cabe mencionar as disposições da Lei nº 6.194/74, que dispõe sobre o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadas ou não (Lei do DPVAT), que no seu art.5º estabelece que o “o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do seguradora”;

Sendo assim, tal exigência por parte dessa seguradora dificulta meu pleito de receber a indenização a qual tenho direito, me negando um direito assegurado por lei.

Outro não tem sido os entendimentos dos tribunais pátrios, que não reconhecer o direito da vítima mediante simples comprovação do fato e do dano decorrente. Vejamos:

CIVIL.FALECIMENTO DA GENITORA DOS RECORRIDOS, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM VIA PÚBLICA. EXIGÊNCIAS DESARAZOADAS Á PEREPÇÃO DOS VALORES REFERENTES AO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. LIAME CAUSAL SIFICIENTEMENTE COMPROVADO.PAGAMENTO QUE SE IMPÔE:

=

- I. O Art. 5º da Lei n. 6194/74 dispõe que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.
- II. Suficientemente comprovado que (viúva) dos recorridos, ocorrido em 8.5.2016, no cruzamento do Park 17, em Santo Antônio do Descoberto com encaminhamento da vítima ao Hospital Municipal de Santo Antônio do Descoberto, onde veio a óbito, em 22.5. 2016 (certidão de óbito atestou trauma imobilização, embolia pulmonar, PCR), exsurge o direito dos requerentes (únicos herdeiros) à indenização pleiteada.
III. não pode, portanto, escusar-se a recorrente ao cumprimento de sua obrigação, ante o caráter eminentemente social do DPVAT e função a que este se destina, especialmente porque, como bem salientado na sentença, o último documento emitido pela própria recorrente (exigência documental 6.2.2017 ID 2633992, p. 2) dá conta de que os únicos documentos pendentes seriam o laudo do IML e a certidão de casamento da falecida.
Precedentes: 3º Turma Recursal do TJDFT, Acordão 1037443. Processo: 07069666420178070003 DF 070696664.2017.8.07.0003. Órgão julgador: 3º Turma Recursal dos Juizados Especiais do Distrito Federal. Publicação: publicado no DJE: 27/11/2017. Pág Sem página Cadastrada. Julgamento: 22 de Novembro de 2017. Relator: FERNANDO ANTONIO TAVERNARD LIMA.

Cabe informar ainda, que mesmo dispondo de poucos recursos, realizei consulta médica com o fim de apresentar o relatório médico que juntei o meu pedido de indenização que foi simplesmente ignorado por esta seguradora.

A seguradora não realizou perícia médica não é aceitável como justificativa uma negativa no processo, sendo necessária a realização de perícia médica oficial, que poderá definir o grau de sequela resultante do acidente, segundo entendimento pacificado nos tribunais pátrios.

Dante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento do meu processo concluindo com o AGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA, para confirmar minhas sequelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Lidor.

Natal, 21 de outubro de 2019

NOME: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

=

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599658 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA **Data do acidente:** 25/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: ACIDENTE DE MOTO, APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO
físico:

Resultados terapêuticos: ADM DO TORNOZELO COM LEVE BLOQUEIO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANIF

NO ME:	Danielson Monais da Silva	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
ESTADO CIVIL:	Solteiro	
PROFISSÃO:	ASG	
IDENTIDADE:	002 657-251	CPF: 701.489.164-16
ENDEREÇO:	Riô Grande n° 14A, São, Comarca / RN	

OUTORGANDO

NOSSO NOME: Hallison Quirino Soares da silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Moto boy
IDENTIDADE: 003 532 102 CPF: 404.285.364-20
ENDERECO: R Bandeira Júnior, 994, Panamirim
DATA DO ACIDENTE: 06/08/18 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 **SEGURADO OBRIGATÓRIO DE VAT**.

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

3 23 384 310 7454

High Speed

Digitized by srujanika@gmail.com Date: 03-08-2019
Digitized by srujanika@gmail.com Date: 03-08-2019

LOCAL E DATA

EDDIE
JONES
1. CARBONIC

~~Figure 4.10: MPA's in India~~

ASSASSINATURA DO ORGANIZANTE

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA BOR AUTENTICIDADE)

Reconheço, vossa Excelentíssima, que

2020-07-20 10:45:00 -0300

Presidente da
República Monarca Silve-

Reconheço verdadeira(s) a(s) firma(s)
for Autenticidade de
Keriedson Henrique da Silva
Em testemunho João Camarão de 05 de 2019

**PROTÓCOLO
RECEBIDA**

TERRA DO SOL AOM
E CORRETORA DE SECS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599658 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA **Data do acidente:** 25/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: ACIDENTE DE MOTO, APRESENTOU FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO
físico:

Resultados terapêuticos: ADM DO TORNOZELO COM LEVE BLOQUEIO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369868/19

Vítima: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

CPF: 701.189.164-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Titular do CPF: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA : 707.285.364-20

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

RARIEDSON MORAIS DA SILVA : 701.189.164-16

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: 23/10/2019
Nome: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA
CPF: 707.285.364-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA

