



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	Tipo
62851688	17/11/2020 13:15	2765888_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

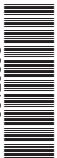
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15017543

Pag. 00715/00716 - carta_01 - INVALIDEZ

00120358





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: INTERRUPTÃO 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





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 701 189 16416 Nome completo da vítima: Zariedson Moraes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

Nome completo: Zariedson Moraes da Silva CPF: 701 189 16416

Profissão: RECEBUEIRO Endereço: AV. SÃO PEDRO Número: 79 Complemento: A

Bairro: CEBRE Cidade: JOÃO PAMARÁ Estado: RJ CEP: 57550-000

E-mail: zuprat310@gmail.com Tel. (DDD): 998001091

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: CONTA: AGÊNCIA: 0727 CONTA: 37985
(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 elevação 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, constando, 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: _____

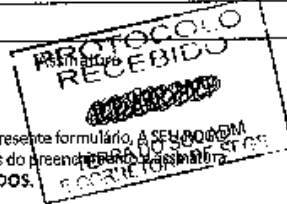
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: João Pamará RJ 29/08/19
 Nome: _____ CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
ZARIEDSON MORAES DA SILVA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____ CPF: _____



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

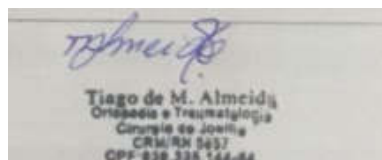
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190599658
Nome do(a) Examinado(a): Rariedson Moraes 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?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) 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 (X) 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





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 ROGERIO, 270, CENEN, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 22019463000686
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expectação: 21/05/2019 12:28:13
1.4 Liga CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/08/2018 15:30:00
2.3 Fato: Consumação
2.5 Meio de transporte(s): Veículo
2.6 Tipo de local: Via Pública
2.8 Número: 00
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: SAURMO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RUA DO MATADEIRO
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 Completo: RARIEDSON MORAIS DA SILVA
3.3 Nome Social:
3.5 Estado: Sem Informação
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: ASG
3.15 Telefone(s): 84 91174-499
3.17 Número: 514
3.19 Bairro: VILA NOVA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: JOÃO CÂMARA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: RONALDO FRANCISCO DA SILVA
3.6 Mãe: MARIA DALVA DE ARAUJO MORAIS
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 23/05/1953
3.14 RG: 002657251 - ITP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Nacionalidade: JOÃO CÂMARA RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: TRAVESSA SÃO PEDRO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (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: SC2JC41104R818462
7.1.5 Placa: MEL1994
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano de Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FANILDO VICENTE SILVA DE LIMA
7.1.17 Nome do condutor: RARIEDSON MORAIS SILVA
7.1.19 Observações:

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

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA MENCIONADO NESTE B.O. ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTO, QUE, AO TENTAR DESVIAR, O PNEU DIANTEIRO PEGOU NO MEIO FIO E O COMUNICANTE CAIU, QUE, FOI SOCORRIDO POR POPULARES ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE JOAO CAMARA E NO DIA SEGUIDA FOI ATE O HOSPITAL WALFREDO GURSEL EM NATAL, QUE O COMUNICANTE TEVE SEU TÓRNOZELO ENQUERDO QUEBRADO EM DOIS LUGARES E PRECISOU FAZER CIRURGIA, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

O COMUNICANTE AFIRMA QUE NÃO TEM CRIE E POR ISSO, O RESPECTIVO BOLETIM DE OCORRÊNCIA PODERA NÃO SER VALIDO PARA EFEITOS DE SEGURO PRIVAT EM VIRTUDE DO EXPOSTO NA PORTARIA NORMATIVA N 02/2018 - GDG/PCRN, DE 03 DE FEVEREIRO DE 2018

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

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

Policial

Interessado

Polícia Civil

Atendimento: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA

Ingresso em: 2072858 - DANIELLE SILVA DE ARAUJO FERREIRA em 21/05/2019 12:28:27

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

RECEBIDO
21/05/2019
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL

Página 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 70118916416 Nome completo da vítima: Zariedson Moraes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

Nome completo: Zariedson Moraes da Silva CPF: 70118916416

Profissão: RECEBUEIRO Endereço: AV. SÃO PEDRO Número: 79 Complemento: A

Bairro: CEMUR Cidade: JOÃO PAMARÁ Estado: RN CEP: 59550-000

E-mail: zuprat310@gmail.com Tel. (DDD): 998001091

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 07279 CONTA: 37985 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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, constando, 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: _____ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pamará/RN 29/08/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ZARIEDSON MORAES DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

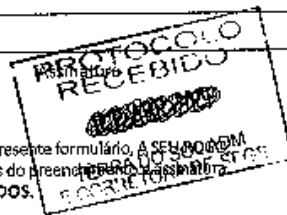
1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____



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





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Campanha Energia do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Saldes, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-85 | Ins. Est. 28055189-4 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

CREUSA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV SAO PEDRO Jd A

CPF: 156.935.624-68 N.º 10788461820

CENTRO/ÁREA URBANA

CLASSIFICAÇÃO

JOAO CAMARA RN

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

59550-000

DATA DE INSCRIÇÃO EM REGISTRO: 14/02/2019

018670528 UNICA 14/02/2019

CANCELAMENTO: 14/02/2019

14/02/2019 5900735691 341532



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	31,0000000	0,70005318	0,22
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31,0000000	0,35807680	11,10
Contrib. Eum. Pública Municipal			1,34
ICMS-Parcela Subvençãoada			3,89

TOTAL DA FATURA

22,37

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ANUAL DATA	ANUAL LECTURA	Nº DE C/AS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
45547132	CAT	15-01-2019	9.953,00	14-02-2019	9.724,00	30	1,00000		0,100

Mês	Consumo (KWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Detalhamento	Valor	%
FEV 19	61				Detalhamento de Energia	72	0,31
JAN 19	61	ICMS	17,20	10,40	Transmissão	85	0,82
DEZ 18	44	PIS	17,37	0,25	Utilização (Cosep)	85	4,37
NOV 18	44	GOPIPS	17,37	0,85	Perda de Energia	85	1,17
OUT 18	45				Encargos Racionais	85	0,87
SEI 10	47				Tributos	85	3,85
AGO 19	41				Total	85	47,37
JUL 18	38						
JUN 18	30						
MAI 18	37						
ABR 18	49						
MAR 18	50						
FEV 18	57						

CT11 7440.E416.0414.04FC.D62A/5451.3969

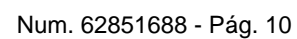
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 17/11/2020 13:15:44

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713154473200000060265058

Número do documento: 20111713154473200000060265058



PROTOKOLO
RECEBIDO
2007/07/20
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS





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 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=18;CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA

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

RARIEDSON MORAIS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 301.189.164 / 16

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/1ª mão da Vítima RARIEDSON MORAIS DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 301.189.164 / 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA BANDEIRA JUNIOR</u>	Número:	<u>994</u>	Complemento:	
Bairro:		Cidade:	<u>PARANAVIRIM</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:		CEP:	<u>59142-675</u>	Tel.(DDD):	<u>(84) 99866-1091</u> <u>(84) 99134-3008</u>

Local e Data: Paranavirim/RN 25/02/2019

Hallison Quirino Soares da Silva
Assinatura do Declarante





CLÍNICA

OTÁVA ROSADO

laudo fadua

Rendimento Motor do SLP de 06/07/18

Data do acidente: 26/08/18

Parte com acidente / lesão em pé direito. Foi realizado cirurgia.

Atividade referida do pé direito principalmente o andar, 80% de marcha com perda 20%

Alto mobilidade

T93

Dr(a) Dr. André Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6224

Data: 27/09/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Coronel Severino Lima, 124 Vila Brasil Fone: (84) 9.2728-1532	Av. Senador Nival Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.5029-0433	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igarapé - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260





SESAP/P - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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: 898002388681601 CPF: 70118918416
Mãe: MARIA DALVACI DE ARAUJO MORAIS Pai:
Logradouro: VILA NOVA, 1
CEP: 59550000 Bairro: JOAO CAMARA Cidade: JOAO CAMARA
Telefone: 84.991623742 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

OBS:

Eliminador:

Classificação: 26/08/2018 15:16:09

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
			SaO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: RELATA QUEDA COM TRAUMA EM PE DIREITO

Hora:

Queda de moto e trauma em pe @



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

Exame físico em pe @ tipo escuras

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por CARLOS MAGNO DANTAS E SILVA. Impresso em 26/08/2018 15:40:00

RAID SX
Módulo: 26-8-18
Técnico: ARAND

PROTÓCOLO
RECEBIDO
26-8-18
Técnico: ARAND

26-8-18
Técnico: ARAND



SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar Nº 2377 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Locutante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **89761 RARIEDSON MORAIS DA SILVA**

Prontuário:

S: 898002388581601

Nascimento: 23/05/1993 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DALYACI DE ARAUJO MORAIS

Pai:

Endereço: RUA VILA NOVA, 1 - JOAO CAMARA - JOAO CAMARA

Fone: 991623742 /

Município: JOAO CAMARA

Código Municipal IBGE: 240580

UF: RN

CEP: 59550-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ALGUMA EM TNUZ DIR

DORES EM DORSO DO PE

EM 3/4+

ARTROVASCULAR SEM ANORMALIDADES

INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

URGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL*408050497. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Hausemann Moraes
ORTOPEDISTA
CRM 5314 / SBOT 12213

Profissional Solicitante / Assistente:

REGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM:

6641 / RN

Data da Solicitação 26/08/2018

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

Regime de previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SerrinhaNome: ANTONIO

NR Registro: _____

Serviço: _____

Idade: _____

Leito: _____

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

FUT FARMACIA

ECC AO XAD

P TINT ELABORADO

AOS QIDIANI DO DI FARMACIA

CASA E

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 25/09/18

MAT. Nº _____

SANE

01

ASSINATURA



EXAME ESPECIALIZADO 2:

EM NESE

EXAME FÍSICO

Corpo em bom estado

PRESSÃO DIAGNÓSTICA

Rede de atendimento

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx de abd. (D) AP
Osteoquímica

LABORATÓRIO

Rx de corpo em bom estado (D) AP

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Tratamento de dor com analgésicos
de 100mg de paracetamol 4x ao dia

Tratamento de dor com analgésicos
de 100mg de paracetamol 4x ao dia

Tratamento de dor com analgésicos
de 100mg de paracetamol 4x ao dia

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE:

MAT. Nº

SAME

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 16/11/18

DATA: 16/11/18

HORA:

AÍDA:

DATA: 1/1

HORA:

Decisão Médica

☐

À Revelia

☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

Entregue à família

com Atestado

☐

S.V.O.

☐

I.T.E.P.

☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 1/1

HORA:

SAÍDA:

DATA: 1/1

HORA:

Decisão Médica

☐

À Revelia

☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: 1/1

HORA:

Entregue à família

com Atestado

☐

S.V.O.

☐

I.T.E.P.

☐



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GUPPEL
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

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Responsável: RARIEDSON MORAIS DA SILVA -

Usuário: JOSEFA SILVA DA COSTA

Admissão: 26/08/2018 16:38:00

Alta:

Óbito:

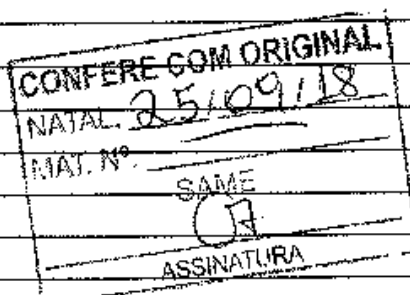
Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

408050497 -

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 26 de Agosto de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DO VOTO

DATA DE EMISSÃO: 17/10/2004

DATA DE EXPIRAÇÃO: 17/10/2004

IDENTIFICAÇÃO

NOME: RARIEDSON MORAIS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1993

LOCAL DE NASCIMENTO: LULA

CPF: 000.000.000-00

LEI Nº 7.116 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROTEÇÃO DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE DEFESA SOCIAL

COSELENDADORA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

RARIEDSON MORAIS DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
701.189.164-16

Nome
RARIEDSON MORAIS DA SILVA

Nascimento
23/05/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM

SECRETARIA DE SP

Ao Sr(a) analista da Seguradora Lider:

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

Em 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 n° 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.5° 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 DECORRENCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM VIA PÚBLICA. EXIGÊNCIAS DESARRAZOADAS Á PEREPÇÃO DOS VALORES REFERENTES AO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. LIAME CAUSAL SIFICIENTEMENTE COMPROVADO.PAGAMENTO QUE SE IMPÕE:

=



- 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 TJDF, Acórdão 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 seqüela resultante do acidente, segundo entendimento pacificado nos tribunais pátrios.

Diante do exposto, venho encarecidamente requerer o prosseguimento do meu processo concluindo com o AGENDAMENTO DE PERICA MÉDICA, para confirmar minhas seqüelas de acordo com um perito nomeado pela seguradora Líder.

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 físico: LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO

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

OUTORGANTE

NOME:	Danielelson Moraes da Silva	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO:	ASG	
IDENTIDADE:	002 657-254	CPF: 704.489.164-16
ENDEREÇO:	Rio Grande nº 14A João, Comano / RN	

OUTORGADO

NOME:	Hallison Quirino Soares da Silva	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO:	Moto Boy	
IDENTIDADE:	003 532.132	CPF: 404.285.364-20
ENDEREÇO:	P. Bandeira Junior 994, Zarraminim	

DATA DO ACIDENTE: 06/08/18 COBERTURA: Invalides

Peio 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.

João Comano - RN; 25.02.2019

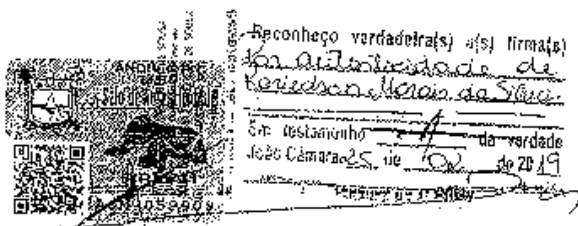
LOCAL E DATA



[Assinatura]

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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 físico: LIMITAÇÃO LEVE DA EXTENSÃO DO TORNOZELO

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

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/08/2018

CPF de: Próprio

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

