
Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295849

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAQUES MIGUEL 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

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295849

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAQUES MIGUEL 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

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295849

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data do Acidente: 18/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAQUES MIGUEL 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\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JAQUES MIGUEL DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003064**

Conta: **0000013657-2**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **050 388 824-39** **Jaqur Miguel da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: **Jaqur Miguel da Silva** 6 - CPF: **050 388 824-39**
 7 - Profissão: **Pedreiro** 8 - Endereço: **Rua Tabetiã Joem Menescal** 9 - Número: **45** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Barrocas** 12 - Cidade: **Monoró** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **54621-240**
 15 - E-mail: **Não possui** 16 - Telefone: **(84) 99824-0066**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 a R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 a R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 a R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☒ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3064** CONTA: **13654** **2**

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicitou o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui dependentes: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui dependentes, informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou dependentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissões ou declarações não verdadeiras poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data:

Monoró - PR 36/06/2020

Jaqur Miguel da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da Procurador (se houver)

CARTELA DE IDENTIFICAÇÃO

AUTOATENDIMENTO - AG: MOSASORO RN

DATA: 30/05/2020

HORA: 12:39:43

TERMINAL: 05601027

CONTROLE: 056010270135

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3084 013.00013657-2

NOME: JAKUES MIGUEL DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2400

TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84.98960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 754563568

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **050 388 824-39** **Jaqur Miguel da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: **Jaqur Miguel da Silva** 6 - CPF: **050 388 824-39**
 7 - Profissão: **Pedreiro** 8 - Endereço: **Rua Tabetiã Joem Menescal** 9 - Número: **45** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Barrocas** 12 - Cidade: **Monoró** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **54621-240**
 15 - E-mail: **Não possui** 16 - Telefone: **(84) 99824-0066**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 a R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 a R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 a R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☒ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os beneficiários. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3064** CONTA: **13654** 2

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau Parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui dependentes: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui dependentes, informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou dependentes? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissões ou declarações não verdadeiras poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data:

Monoró - PR 36/06/2020

Jaqur Miguel da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da Procurador (se houver)

CARTELA DE IDENTIFICAÇÃO

AUTOATENDIMENTO - AG: MOSASORO RN

DATA: 30/05/2020

HORA: 12:39:43

TERMINAL: 05601027

CONTROLE: 056010270135

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3084 013.00013657-2

NOME: JAKUES MIGUEL DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 84.98960-9618

TELEFONE DO DEPOSITANTE: 84.98960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 754563568

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 050 388 824-59 3 - CPF da vítima: 050 388 824-59 4 - Nome completo da vítima: Jacques Miguel da Silva

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

5 - Nome completo: Jacques Miguel da Silva 6 - CPF: 050 388 824-59
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Tabelaão Joem Menescal 9 - Número: 75 10 - Complemento: C.O. 2a.
11 - Bairro: Barracas 12 - Cidade: Momoio 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 54623-240
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 99821-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 33651 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 07/06/2020
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jacques Miguel da Silva
Assinatura do Procurador (se houver):



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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A acessação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defessocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 22/05/2020 14:58:32

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00

2.3 Número: SN

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência:

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JACQUES MIGUEL DA SILVA

3.3 Etnia: BRANCO

3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 01038882419

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 75

3.19 Bairro: BARROCAS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 08/05/1981

3.8 RG: 002085400 - SSPRN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

3.18 CEP: 59621240

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE PASSAGEM DE PEDRA EM SENTIDO DE MOSSORÓ, PILOTANDO UMA MOTO NO NOME DO PROPRIETÁRIO LEIDISLENE DE SOUSA SILVA TIPO HONDA CBZ 125 PLACA QGD6479 RENAVAN 01068939033 DE ANO 2015 COR VERMELHA, NA ESTRADA CARROSAL QUANDO TINHA UM BURACO A MOTO DESCONTROLOU E EU VIM A CAIR, QUEBRANDO A CAVICULA.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JACQUES MIGUEL DA SILVA

Data: 22/05/2020 15:30:24

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 22/05/2020 15:34:50



FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A acessação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defessocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 22/05/2020 14:58:32

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00

2.3 Número: SN

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência:

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JACQUES MIGUEL DA SILVA

3.3 Etnia: BRANCO

3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 01038882419

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 75

3.19 Bairro: BARROCAS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 08/05/1981

3.8 RG: 002085400 - SSPRN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

3.18 CEP: 59621240

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE PASSAGEM DE PEDRA EM SENTIDO DE MOSSORÓ, PILOTANDO UMA MOTO NO NOME DO PROPRIETÁRIO LEIDISLENE DE SOUSA SILVA TIPO HONDA CBZ 125 PLACA QGD6479 RENAVAN 01068939033 DE ANO 2015 COR VERMELHA, NA ESTRADA CARROSAL QUANDO TINHA UM BURACO A MOTO DESCONTROLOU E EU VIM A CAIR, QUEBRANDO A CAVICULA.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JACQUES MIGUEL DA SILVA

Data: 22/05/2020 15:30:24

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 22/05/2020 15:34:50



FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001020139

1.2 Data de Expedição: 22/05/2020 14:56:32

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30:00

2.2 Logradouro: PASSAGEM DE PEDRA

2.3 Número: SN

2.4 CEP:

2.5 Complemento:

2.6 Ponto de Referência:

2.7 Bairro: ZONA RURAL

2.8 Cidade: MOSSORÓ

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JAQUES MIGUEL DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: BRANCO

3.4 Pai: VICENTE MIGUEL DA SILVA

3.5 Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 06/05/1981

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 002085400 - SSPRN

3.9 CPF: 01038882419

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.14 E-Mail: JACKSONBARRETO25@HOTMAIL.COM

3.15 Telefone(s):

3.16 Logradouro: RUA TABELIAO AOEM MENESCAL

3.17 Número: 75

3.18 CEP: 59621240

3.19 Bairro: BARROCAS

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

EU VINHA DE PASSAGEM DE PEDRA EM SENTIDO DE MOSSORÓ.PILOTANDO UMA MOTO NO NOME DO PROPRIETARIO LEIDISLENE DE SOUSA SILVA TIPO HONDA/BIZ 125 PLACA QGD6479 RENAVAN 01068939033 DE ANO 2015 COR VERMELHA, NA ESTRADA CARROSAL QUANDO TINHA UM BURACO A MOTO DESCONTROLOU E EU VIM A CAIR. QUEBRANDO A CAVICULA.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data: 22/05/2020 15:30:24

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 22/05/2020 15:34:50

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **050 388 824-59** **Jaqes Miguel da Silva**

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

5 - Nome completo: **Jaqes Miguel da Silva** 6 - CPF: **050 388 824-59**
7 - Profissão: **Pedreiro** 8 - Endereço: **Rua Tabelaão Joao Menescal** 9 - Número: **75** 10 - Complemento: **C.A. 2a**
11 - Bairro: **Barra** 12 - Cidade: **Momoi** 13 - Estado: **W** 14 - CEP: **59623-240**
15 - E-mail: **Não possui** 16 - Tel. (DDD): **(84) 99827-0066**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **3064** CONTA: **33657** **2**

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - ☐ 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 12 | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 21 | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUES MIGUEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000013657-2

Nr. da Autenticação 2194272174DA6C40



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

INDICAR O CLIENTE

LEIDISLENE DE SOUZA SILVA

ESP-014-215-724-12

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

W 06 INSTALACAO	SERIE	ENLARGAO
033328290	LNCA	18/11/2019
APROVEDACAO	W 00 CORRENTE	W 06 INSTALACAO
19/11/2019	900000070	544/05
		DESCRICAO

ENTRE CO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TABELIAO ADEM MENESCAL 75

BARRICAS/AREA URBANA

59211-740

SPORTS CONTRACTS

0493113011

11/2019

11/2019
JANUARY 2020

26/11/2019 19/12/2019

140.94

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
176,00x110x1		0,66574477	117,00
Contributo Adm (1/3%)			5,00
Acrescimo Bandeira AMARELA			6,00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,00
Contrib. Irm. Publico Municipal			2,00
Multa por atraso-RF 650371525 - 18/09/19			1,00
Juros por atraso-RF 650371525 - 18/09/19			1,00
Atualização GPM-NF 650371525 - 18/09/19			1,00

1413-94

TOTAL DA FATURAS

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE TA NOTA FISCAL

TOTAL DA FATORIA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA FATORIA						AJUSTE	CONSUMO (KWH)
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE		
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
8005998	CAR	10/06/2013	14.134,22	07/07/2013	14.176,00	26	431,78		431,78

MÊSES DE CONSUMO		BASE DE CÁLCULO		%	VALOR DO IMPORTE	VALORES APLICÁVEIS	
ABRIL 1978		ICMS	124,20	19,3	24,00	Taxa de energia elétrica	R\$ 47,67
MAY 1978		PIS	124,20	2,0	2,50	Taxa de transmissão	R\$ 4,47
JUN 1978		COPIS	124,20	1,8	2,20	Contribuição (Consumo)	R\$ 26,12
JUL 1978						Pagamento de Energia	R\$ 1,30
AUG 1978						Energia Setorial	R\$ 5,54
SET 1978						Tributação	R\$ 26,91
OCT 1978						Total	R\$ 124,20
NOV 1978							
DEZ 1978							
JAN 1979							
FEB 1979							
MAR 1979							
ABR 1979							
MAY 1979							
JUN 1979							
JUL 1979							
AUG 1979							
SET 1979							
OCT 1979							
NOV 1979							
DEZ 1979							
JAN 1980							
FEB 1980							
MAR 1980							
ABR 1980							
MAY 1980							
JUN 1980							
JUL 1980							
AUG 1980							
SET 1980							
OCT 1980							
NOV 1980							
DEZ 1980							
JAN 1981							
FEB 1981							
MAR 1981							
ABR 1981							
MAY 1981							
JUN 1981							
JUL 1981							
AUG 1981							
SET 1981							
OCT 1981							
NOV 1981							
DEZ 1981							
JAN 1982							
FEB 1982							
MAR 1982							
ABR 1982							
MAY 1982							
JUN 1982							
JUL 1982							
AUG 1982							
SET 1982							
OCT 1982							
NOV 1982							
DEZ 1982							
JAN 1983							
FEB 1983							
MAR 1983							
ABR 1983							
MAY 1983							
JUN 1983							
JUL 1983							
AUG 1983							
SET 1983							
OCT 1983							
NOV 1983							
DEZ 1983							
JAN 1984							
FEB 1984							
MAR 1984							
ABR 1984							
MAY 1984							
JUN 1984							
JUL 1984							
AUG 1984							
SET 1984							
OCT 1984							
NOV 1984							
DEZ 1984							
JAN 1985							
FEB 1985							
MAR 1985							
ABR 1985							
MAY 1985							
JUN 1985							
JUL 1985							
AUG 1985							
SET 1985							
OCT 1985							
NOV 1985							
DEZ 1985							
JAN 1986							
FEB 1986							
MAR 1986							
ABR 1986							
MAY 1986							
JUN 1986							
JUL 1986							
AUG 1986							
SET 1986							
OCT 1986							
NOV 1986							
DEZ 1986							
JAN 1987							
FEB 1987							
MAR 1987							
ABR 1987							
MAY 1987							
JUN 1987							
JUL 1987							
AUG 1987							
SET 1987							
OCT 1987							
NOV 1987							
DEZ 1987							
JAN 1988							
FEB 1988							
MAR 1988							
ABR 1988							
MAY 1988							
JUN 1988							
JUL 1988							
AUG 1988							
SET 1988							
OCT 1988							
NOV 1988							
DEZ 1988							
JAN 1989							
FEB 1989							
MAR 1989							
ABR 1989							
MAY 1989							
JUN 1989							
JUL 1989							
AUG 1989							
SET 1989							
OCT 1989							
NOV 1989							
DEZ 1989							
JAN 1990							
FEB 1990							
MAR 1990							
ABR 1990							
MAY 1990							
JUN 1990							
JUL 1990							
AUG 1990							
SET 1990							
OCT 1990							
NOV 1990							
DEZ 1990							
JAN 1991							
FEB 1991							
MAR 1991							
ABR 1991							
MAY 1991							
JUN 1991							
JUL 1991							
AUG 1991							
SET 1991							
OCT 1991							
NOV 1991							
DEZ 1991							
JAN 1992							
FEB 1992							
MAR 1992							
ABR 1992							
MAY 1992							
JUN 1992							
JUL 1992							
AUG 1992							
SET 1992							
OCT 1992							
NOV 1992							
DEZ 1992							
JAN 1993							
FEB 1993							
MAR 1993							
ABR 1993							
MAY 1993							
JUN 1993							
JUL 1993							
AUG 1993							
SET 1993							
OCT 1993							
NOV 1993							
DEZ 1993							
JAN 1994							
FEB 1994							
MAR 1994							
ABR 1994							
MAY 1994							
JUN 1994							
JUL 1994							
AUG 1994							
SET 1994							
OCT 1994							
NOV 1994							
DEZ 1994							
JAN 1995							
FEB 1995							
MAR 1995							
ABR 1995							
MAY 1995							
JUN 1995							
JUL 1995							
AUG 1995							
SET 1995							
OCT 1995							
NOV 1995							
DEZ 1995							
JAN 1996							
FEB 1996							
MAR 1996							
ABR 1996							
MAY 1996							
JUN 1996							
JUL 1996							
AUG 1996							
SET 1996							
OCT 1996							
NOV 1996							
DEZ 1996							
JAN 1997							
FEB 1997							
MAR 1997							
ABR 1997							
MAY 1997							
JUN 1997							
JUL 1997							
AUG 1997							
SET 1997							
OCT 1997							
NOV 1997							
DEZ 1997							
JAN 1998							
FEB 1998							
MAR 1998							
ABR 1998							
MAY 1998							
JUN 1998							
JUL 1998							
AUG 1998							
SET 1998							
OCT 1998							
NOV 1998							
DEZ 1998							
JAN 1999							
FEB 1999							
MAR 1999							
ABR 1999							
MAY 1999							
JUN 1999							
JUL 1999							
AUG 1999							
SET 1999							
OCT 1999							
NOV 1999							
DEZ 1999							
JAN 2000							
FEB 2000							
MAR 2000							
ABR 2000							
MAY 2000							
JUN 2000							
JUL 2000							
AUG 2000		</					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Praga, 19 de junho (AFP) - O primeiro ministro da República Checa, Petr Páral, afirmou hoje que o país não se opõe a uma possível adesão da Polónia à União Europeia. Páral afirmou que a República Checa não se opõe a uma possível adesão da Polónia à União Europeia, desde que esta seja aprovada pelo Conselho da União Europeia. Páral afirmou que a República Checa não se opõe a uma possível adesão da Polónia à União Europeia, desde que esta seja aprovada pelo Conselho da União Europeia.

ATENÇÃO: APLICAR EM FORMA GEL. NÃO É POSSÍVEL CONTAS EM ATE

Figure 1. Schematic representation of the experimental design. The subjects were divided into two groups: a control group and an experimental group. The control group received a placebo, while the experimental group received a 100 mg dose of the active ingredient. The subjects were then subjected to a 24-hour period of physical activity. The results of the experiment are shown in the table below.

1. *Hydrolysis of the polymer* (100 mg) in 10 ml of 10% NaOH solution, 100°C, 2 h.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO DAS INTERROGANTES

	CORRIGIDO BARRICA2	VALOR ANEXO ANEXO3	LIMITE RESIDUAL	LIMITE TRIBUTARIO	LIMITE ANEXO
OPC		0,00	4,45	0,50	
PIC		0,00	3,19	4,43	
GRAT		0,00	2,77	4,00	

SOPERS DE TENDÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	207	231

1960-1970 11-20 = 20% Value of Exchange Rate (USD) (1960-1970) 144.87



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: 020-1896 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 9.013/98.

Pelo exposto, eu José Leidson de Sousa Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 069 991 654, 24, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jaqes Miguel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 030388824, 39
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jaqes Miguel da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 030388824, 39 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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: <u>Rua Tábuação Joen Menescal</u>	Número: <u>75</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Barrocas</u>	Cidade: <u>Momoro</u>	Estado: <u>SP</u>
E-mail: <u>Não possui</u>		CEP: <u>59623-240</u>
		Tel. (DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data:

Momoro - SP 36/06/2020

José Leidson de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

DR. WILLIAM CARVALHO FERREIRA
CRM 1150-MTB 149 RJ
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS
MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO MEDICO

O paciente JACQUES MIGUEL DA SILVA
39 ANOS de idade, CPF: 010.888.824-19.

HISTÓRICO: Acidente de trânsito
com moto, sofreu trauma de grande
IMPACTO NA CLAVÍCULA e ombro DR.

DIAGNÓSTICO: FRATURA CAVACADA,
COMINUTIVA, COMPLEXA do 1/3 médio
da clavícula direita, de indicação
operatória, não realizada.

Procedimento: TRATAMENTO
CONSERVADOR, com uso de imobiliza-
ções e não teve oportunidade de
fisioterapia.

QUADRO DEFINITIVO, sequelas:

- Dor que se exacerba com movi-
mentos, além de limitação de movimentos
- Perda da capacidade funcional ^{do M.D.} LABORAL
e quotidiana, estimada em 40%.

O atendimento foi NO HATM em
MOSSORÓ R/N. Boletim 7137/2020

Acidente ocorrido em 18.04.2020
CD 10 T92 por S42.0

PoliClínica Médica
Rua João Pessoa, 58 - Centro
Fone (84) 3321-6171

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Otava Rosado

Rua Juvenal Lamartini, 119 - Centro

Fone (84) 3317-2635

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h às 9h30min

3ª e 5ª Todas as Manhã

Dr. William Carvalho Ferreira
CRM 1150-MTB 149 RJ

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60082 - JAQUES MIGUEL DA SILVA (39 a 1 m 12 d)

Nascimento: 06/03/1981

Natural: MOSSORO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA,

CNS:

CPF: 01038882419

Prof:

Pai: VIUCENTE MIGUEL DA SILVA

Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71

CEP: 59621240

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.87157196

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: UPA S.A.

Classificação:

18/04/2020 18:31:06

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE TRAUMA REM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

Dt e Hora: _____

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

EM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

8 meses - ando com dor.

1 - foto, sendo durante

do - SL 2/3 h.

6 - 1 - não tem (AM)

no 1º

Assin:

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSBORO 125 125 125 125

SAME / ARQUIVO

*SAÍDA: () Recusa de atendimento () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:

Médico:

(Assinar e Carimbar)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60082 - JAQUES MIGUEL DA SILVA (39 a 1 m 12 d)

Nascimento: 06/03/1981

Natural: MOSSORO, BRASIL

CNS:

CPF: 01038882419

Prof:

Pai: VIUCENTE MIGUEL DA SILVA

Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71

CEP: 59621240

Bairro: BARROCAS

Telephone: 84.87157196

Compl:

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: UPA S.A.

Classificação:

18/04/2020 18:31:06

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE TRAUMA REM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

Dt e Hora: _____

HISTORIA - EXAME FISICO

OMOMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

8 meses - and 3 holl.
1000 - frost - sedi chur
3. - 2/3 h.
6 - 1. - me as cam
No 1 pri

Assin

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO M. AIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 05/05/2020

SAME / ARQUIVO

Dr. Keilte Gurgel
Otorrinolaringologia e Traumatologia
CRM 61/86 104123 ROE 3301

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

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:____

Médico:

(Assinar e Carimbar)



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7137 /2020

Admissão: 18/04/2020 18:33:41

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60082 - JAKUES MIGUEL DA SILVA (39 a 1 m 12 d)

Nascimento: 06/03/1981

Natural: MOSSORO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 01038882419

Prof:

Mãe: GEMILDA MARIA DA SILVA

Pai: VIUCENTE MIGUEL DA SILVA

Logradouro: TABELIAO AOEM MENESCAL, 71

CEP: 59621240

Bairro: BARROCAS

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.87157196

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: UPA S.A.

Classificação:

18/04/2020 18:31:06

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VÍTIMA DE TRAUMA REM OMBRO DIREITO, REFERE DOR NO LOCAL

Dt e Hora: _____

*8 meses - dor no ombro direito
dois meses de dor
no ombro direito
dois meses de dor
no ombro direito
dois meses de dor
no ombro direito*

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 05/05/2020

SAME / ARQUIVO

*Dr. Kéilene Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 0100 1493 RQE 3301*

*SAÍDA: () Alta médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preonchar CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ___/___/20. Hr: ___:___

Médico: _____

(Assinar e Carimbar)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

NOME
JAQUES MIGUEL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DT
002085400 SSP RN

CPF
010.388.824-19

DATA NASCIMENTO
06/05/1981

FUNÇÃO
VICENTE MIGUEL DA SILVA
GENILDA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CATIMA ☐ ADI ☐

Nº PROTOCO
04905895681

VALIDADE
07/09/2021

1ª HABILITAÇÃO
23/03/2010

1410884200

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1410884200

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
Mossoró, RN

DATA EMISSÃO
14/02/2017

71814741102
RN702463371

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN 12270 // 00184 Nº 014853346178
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
 CÓD. RENAVAM 01068939033
 R.N.T.R.C. *****
 EXERCÍCIO 2019

NOME LEIDILENE DE SOUSA SILVA
 PLACA ANT. / UF 011.915.724-12
 PLACA QGD6479

CHASSI 9C2JC4820FR602928
 COMBUSTÍVEL ALCOOL-GASOL

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICÁVEL
 ANO FAB. 2015
 ANO MOD. 2015
 COR PREDOMINANTE VERMELHA

CAP / POT / OIL
 COTA ÚNICA 31/11/2019
 1º PAGO
 2º PAGO
 3º PAGO

FAIXA L.P.V.A. 002006 3X
 PARC. LAM. / COTAS R\$ 25,03
 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$)
 TAXAS DETRAN: PAGO
 PRÊMIO TOTAL (R\$) DPVAT: PAGO

ALICEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54
 ADMINISTRADORA DE CONSUMO NACIONAL HONDA LTDA
 MOTOR: JC48E2F602928

MOSSORO/RN DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAC - SEGURO DPVAT

RN Nº 014853346178 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019
 DATA EMISSÃO 01/11/2019

VA 1
 CPF / CNPJ 011.915.724-12
 PLACA QGD6479
 RENAVAM 01068939033
 MARCA / MODELO HONDA / BIZ 125 ES
 ANO FAB. 2015
 CAT. IMP. 9
 Nº CHASSI 9C2JC4820FR602928

PRÊMIO TARIFÁRIO
 FNS (R\$)
 DEVIATRAN (R\$)
 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
 IOF (R\$)
 DATA DE CANCELAMENTO
 DATA DE COTAÇÃO

COTA ÚNICA
 PAGAMENTO
 PARCELADO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200295849

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

Data do acidente: 18/04/2020

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fraturas cominutivas, cavalgadas no complexo médio da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 25°, abdução aos 30°, adução aos 25°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador, com uso de tipoias por 45 dias. Encontra-se em alta definitiva. 10/06/2020

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/08/2020

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**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: 3200295849

Nome do(a) Examinado(a): JAQUES MIGUEL DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Tabelião Aoem Menescal, 75, , Mossoró/RN

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/RN / 002085400

Data e local do acidente: 18/04/2020 - Mossoró/RN

Data e local do exame: 31/08/2020 - Jucurutu/RN

Coordenadas Geográficas: latitude: -6.05709 , longitude: -36.99708

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fraturas cominutivas, cavalgadas no complexo médio da clavícula direita.

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

A vítima foi submetida a tratamento conservador, com uso de tipoias por 45 dias. Encontra-se em alta definitiva. 10/06/2020.

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

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 25°, abdução aos 30°, adução aos 25°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

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

Sim

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

Sim

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

Limitação funcional no ombro direito.

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 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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Dr. Francisco Jorge de Oliveira Filho
Cl. Geral - Obstetrícia
CRM/RN 2345





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 14 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 / SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 / Ouvidoria: 0800 021 9135

Número do pedido DPVAT: 3200256053

Nome do beneficiário: Joaques Miguel da Silva

Nome do solicitante: Joaques Miguel da Silva

Data da solicitação: 14/08/2020

CPF do beneficiário: 010.388.824-19

CPF do solicitante: 010.388.824-19

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 84 99824-0066

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: ()

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe quais documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros: ()

(DECREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Meu pedido de DPVAT foi negado com a justificativa que eu não fiquei com sequelas. Discordo da Negativa. Payso que morguei uma perna por o medico mim condizol pessoalmente. Payso fiz um laudo com o medico descrevendo minhas sequelas. Desde ja agradeço

Notado RN 14/08/2020

Local e Data

x Joaques Miguel da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Joaquim Miguel da Silva, brasileiro (a),
Estado civil: Solteiro Profissão: Advogado Data do Acidente: 18/04/2020
Cobertura Indivíduo Portador (a) do RG 002 085.400 Órgão Expedidor:
SSP RN e do CPF: 010.388.824-19, residente no(a) Rua Tolpelião
de Menezes nº 75
Bairro Boracoba Município: Ubatuba / RN

OUTORGADO:

Nome: João Teodoro de Sousa Silva, brasileiro (a),
Estado Civil: Solteiro Profissão: Promotor de Justiça
Portador (a) do RG: 002.841.008 Órgão Expedidor: SSP RN
E do CPF: 069.991.654-24, residente no(a)
Rua Tolpelião de Menezes nº 75
Bairro: Boracoba Município: Ubatuba / RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber Correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

MOSSORÓ-RN 26/05/2020

Local e data

Joaquim Miguel da Silva
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

RECONHECIMENTO DE NOTAS DE MOSSORÓ-RN
a Nota Fiscal nº 10 - Emitida: 26/05/2020 - Valor: R\$ 100,00 - Nota Fiscal nº 10 - Emitida: 26/05/2020 - Valor: R\$ 100,00

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE (R/A) NOME(S) DE JOAQUIM MIGUEL DA SILVA (010.388.824-19)

Assinatura: João Teodoro de Sousa Silva

CPF: 069.991.654-24

Local: Moossoró-RN, 26 de maio de 2020

Assinatura: Luana Katry Mendonça Penha

Substituta

CPF: 010.388.824-19

Assinatura: Luana Katry Mendonça Penha

Substituta



OUTORGANTE:

OUTORGADO:

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber Correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro **DPVAT**, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.



Local e data

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

REGOLAZIONE DELLO DEI NOTAS E MUSSORO, 21
Guerini, 19. Centre. Truller. LUNATE SPESSE DI MEMORE. 4 FEBBRAIO 1921

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE ass. / firma(s) de J.AQUES

Confira em: <https://selofontalvinhupr.com.br>

elo Digital. AN2020094945072123NNE.

Forssuró-RN, 26 de maio de 2020 09:20

Luana Katty Mendonça Fernandes - Ta

Substituta

4. 100.0000 0.14 TOTAL

Donald

A 927351

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201620/20

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

CPF: 010.388.824-19

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAQUES MIGUEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA : 069.991.654-24

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

JAQUES MIGUEL DA SILVA : 010.388.824-19

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: 20/07/2020
Nome: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA
CPF: 069.991.654-24

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232055/20

Vítima: JAQUES MIGUEL DA SILVA

CPF: 010.388.824-19

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAQUES MIGUEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA : 069.991.654-24

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

JAQUES MIGUEL DA SILVA : 010.388.824-19

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: 18/08/2020
Nome: JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA
CPF: 069.991.654-24

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

JOSE LEIDSON DE SOUSA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA