



Número: **0816546-05.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 20.900,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT, Autorização para Sepultamento**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                              |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|-------------------------------------|--------------------|--|-------------------|
| THIAGO BARBOSA BEZERRA (REQUERENTE) |                    | SILVERIO XAVIER DE SOUZA (ADVOGADO)          |                   |
| EXCELSIOR SEGUROS (REQUERIDO)       |                    |  |                   |
| Documentos                          |                    |  |                   |
| Id.                                 | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 63853<br>102                        | 15/12/2020 15:17   | <a href="#">2773757_CONTESTACAO_Anexo_04</a> | Outros documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190681673**

**Vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA**

**Data do Acidente: 11/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), THIAGO BARBOSA BEZERRA**

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 15201063

Pag. 00583/00584 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030292





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190681673**

**Vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA**

**Data do Acidente: 11/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), THIAGO BARBOSA BEZERRA**

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\$ 1.687,50 |

|  |              |
|--|--------------|
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25% |              |
| Graduação: Em grau médio 50%                                   |              |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%              |              |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =                        | R\$ 1.687,50 |

Recebedor: **THIAGO BARBOSA BEZERRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002008**

Conta: **0000094701-7**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 065.140.384-76 4 - Nome completo da vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

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

5 - Nome completo: THIAGO BARBOSA BEZERRA 6 - CPF: 065.140.384-76  
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. LIMA E SILVA 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: N.S. DE NAZARE 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.075-710  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): (84) 98833-6586

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2009 CONTA: 094701  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro(vinzeiro)?  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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário assina eletronicamente  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: NATAL RN 02-12-2014  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Thiago Barbosa Bezerra*  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047490/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/09/2019 12:08 Data/Hora Fim: 30/09/2019 12:21  
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos  
Data/Hora do Fato: 11/08/2018 13:23

Local do Fato

Município: Natal (RN)

Bairro: Cidade da

Complemento: Rua Patos

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza   | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

| Nome Civil: THIAGO BARBOSA BEZERRA (VÍTIMA , COMUNICANTE ) |   |                 |                  |
|--|---|-----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                                  | Naturalidade: RN - Natal                  | Sexo: Masculino | Nasc: 21/10/1985 |
| Profissão: Vendedor  |   |                 |                  |
| Estado Civil: Solteiro(a)                                  |   |                 |                  |
| Nome da Mãe: FRANCISCA FRANCINETE B BEZERRA                | Nome do Pai: SEBASTIAO TERTULIANO BEZERRA |                 |                  |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 065.140.384-76  
RG - Carteira de Identidade: 2037278

Endereço

Município: Natal - RN  
Logradouro: AV LIMA E SILVA Nº: 169  
Complemento: CASA  
Bairro: NS DE NAZARE CEP: 59.062-300  
Telefone: (84) 98796-8318 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Grupo Veículo                           | Subgrupo                        |
|---|---------------------------------|
| Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon |                                 |
| CPF/CNPJ do Proprietário 791.175.204-44 | Placa KJC3496                   |
| Renavam 00664425038                     | Número do Motor B16NE31022875   |
| Número do Chassi 9BGSE68NTTC754863      | Ano/Modelo Fabricação 1996/1996 |
| Cor ROXA                                | UF Veículo Rio Grande do Norte  |



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros  
Impresso por: Raymond Rausly da Costa Cabral  
Data de Impressão: 30/09/2019 12:21  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047490/2019

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Município Veículo Natal                 | Marca/Modelo GM/CORSA GL             |
| Modelo GM/CORSA GL                      | Veículo Adulterado? Não              |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Envolvido, Meio Empregado   |
| Última Atualização Denatran 23/03/2018  | Situação do Veículo NADA CONSTA      |
| <b>Nome Envolvido</b>                   | <b>Envolvimentos</b>                 |
| Desconhecido 1                          | Possuidor                            |
| <b>Grupo Veículo</b>                    | <b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 093.819.494-17 | Placa NNR7381                        |
| Renavam 00284665592                     | Número do Motor KC16E7B353897        |
| Número do Chassi 9C2KC1670BR353897      | Ano/Modelo Fabricação 2011/2011      |
| Cor PRETA                               | UF Veículo Rio Grande do Norte       |
| Município Veículo Natal                 | Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI    |
| Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI             | Veículo Adulterado? Não              |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Envolvido                   |
| Última Atualização Denatran 17/02/2014  | Situação do Veículo NADA CONSTA      |
| <b>Nome Envolvido</b>                   | <b>Envolvimentos</b>                 |
| THIAGO BARBOSA BEZERRA                  | Possuidor                            |

RELATO/HISTÓRICO

Para fins do seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade especializada, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião na qual se envolveu em uma colisão CARRO X MOTO. Informa ainda, que o condutor do referido veículo, se evadiu do local do acidente, sem prestar o devido socorro a vítima. Lesionado, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clóvis Sarinho, conforme declaração e BAA anexos. Nada mais informou.

ASSINATURAS

Raymond Rausly da Costa Cabral

Agente de Polícia  
Matricula 157374-8

Responsável pelo Atendimento

THIAGO BARBOSA BEZERRA

(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros  
Impresso por: Raymond Rausly da Costa Cabral  
Data de Impressão: 30/09/2019 12:21  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 065.140.384-76 4 - Nome completo da vítima: THIAGO BARBOSA BEZERRA

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

5 - Nome completo: THIAGO BARBOSA BEZERRA 6 - CPF: 065.140.384-76  
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. LIMA E SILVA 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: N.S. DE NAZARE 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.075-710  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): (84) 98833-6586

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2009 CONTA: 094701  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 nascituro(v) (vivo(s)?)  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.

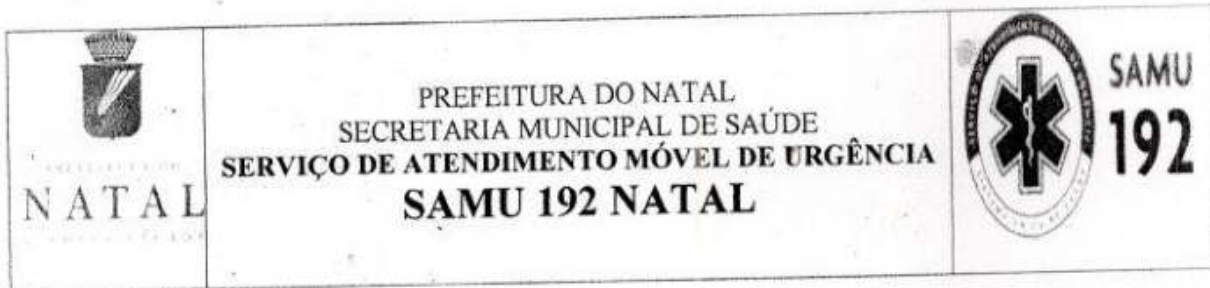
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário assina eletronicamente  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NATAL RN 02-12-2014  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Thiago Barbosa Bezerra*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.001 V002/2019






DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **THIAGO BARBOSA BEZERRA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 11/08/2018, aproximadamente às 13h23min, na rua Patus, Cidade da Esperança, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 216316/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 08 de abril de 2019.

  
**CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO**  
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal  
Matrícula 72.468-1





# 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: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO BARBOSA BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000094701-7

---

---

Nr. da Autenticação B5075383123F0FF9



**CAIXA**

Seu nome é individual e em caso de eventual prestação de serviços, a CAIXA não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de atos praticados durante a execução dos serviços.

CAIXA DE AGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
 Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
 CNPJ nº 08.334.385/0001-38 / INSC. Estadual: 20605428-3  
 Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

SECRETARIA DE ATENDIMENTO  
 MARCO - 108 - RUA ENRIQUE N  
 115  
 115

**CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS**  
 IMPRESSO EM 03/07/2019 ÀS 08:29:20

|  |                 |                          |  |
|--|-----------------|--------------------------|--|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b>  |                 | MATRÍCULA:               | MÊS/ANO                                  |
| THIAGO BARBOSA BEZERRA<br>AV LIMA E SILVA, N. 169 - NAZARE NATAL RN<br>59075-710 |                 | 2152080                  | 07/2019                                  |
| INSCRIÇÃO  | ROTA            | SEQ.ROTA                 | QUANTIDADE DE ECONOMIAS                  |
| 150.040.400.0757.000   | 8               | 2933                     | RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÙBLICO |
| HELIOMETRO   | SITUAÇÃO ÁGUA   |                          | SITUAÇÃO ESGOTO                          |
| A11N276299   | LIGADO          |                          | LIGADO                                   |
| CONSUMO ÁGUA (M3): 4   |                 | DATA LEITURA: 03/07/2019 |  |
|  |                 | LEIT. ATUAL: 849         |  |
|  |                 | LEIT. ANT.: 845          |  |
|  |                 | DIAS CONSUMO: 28         |  |
| <b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b>  |                 |                          |  |
| REF  | CONSUMO         | REF                      | CONSUMO                                  |
| 06/2019  | 4               | 04/2019                  | 2  |
| 05/2019  | 4               | 03/2019                  | 1  |
|  |                 | 02/2019                  | 4  |
|  |                 | 01/2019                  | 4  |
| DESCRICAÇÃO  |                 | CONSUMO                  | TOTAL (R\$)                              |
| ÁGUA   |                 |                          |  |
| RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)   |                 |                          |  |
| CONSUMO DE ÁGUA  |                 | 4 M3                     | 39,99                                    |
| ESGOTO   |                 |                          |  |
| 35.0% DO VALOR DE ÁGUA   |                 |                          |  |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019   |                 |                          | 14,00                                    |
| JUROS DE MORA 04/2019  |                 |                          | 1,09                                     |
|  |                 |                          | 0,57                                     |
| <b>TRIBUTOS</b>  |                 |                          |  |
| PIS  | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL(%)            | VALOR DO IMPOSTO                         |
| COFINS   | 53,99           | 1,65                     | 0,89                                     |
|  | 53,99           | 7,6                      | 4,10                                     |
| VENCIMENTO: 14/07/2019   |                 | TOTAL A PAGAR: 55,65     |  |
| <b>ANÁLISE DE ÁGUA</b>   |                 |                          |  |
| Parâmetros   | Turbidez        | PH                       | Cond. Total                              |
| VM e Recomendação  | ≤ 5,0 uT        | 6,5 a 8,5                | Cloro Residual Livre                     |
| Valores Obtidos  | 0,72            | 7,45                     | 0,2 a 2,0 mg/L                           |
|  |                 | % de Ausência            | Nitrito (como N)                         |
|  |                 | 93,96 %                  | ≤ 10,0 mg/L                              |
|  |                 |                          | 0,28                                     |
|  |                 |                          | 20,39                                    |





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro;

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIONE DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO BARBOSA BEZERRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.140.384 / 76 do sinistro de DPVAT cobertura TUVALIOE2 da Vítima THIAGO BARBOSA BEZERRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.140.384 / 76, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

CNH, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

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<br><u>RUA TRAV. GUMERCINDO SARAIVA</u> |                        | Número<br><u>701</u>    | Complemento<br><u>CASA</u>                       |
| Bairro<br><u>PAJUCARA</u>                       | Cidade<br><u>NATAL</u> | Estado<br><u>RN</u>     | CEP<br><u>59.122-740</u>                         |
| Email<br><u></u>                                |                        | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>(84) 99820-4547</u> |

NATAL RN, 02 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Antonione de Freitas

Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RN Nº 01424467B316  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1    CDB-RENAVAM: 00284665592    EXERCÍCIO: 2019

PLACA: NNR7381

TIPO/CNPJ: 093.819.494-17

PLACALANT./M: NNR7381/17RN    CHASSI: 9C2K01670BR353897

COMBUSTÍVEL: ALCOOL-GASOL

ASSABETO/MOTOR: 225 NA3 AP150V2

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB: 2011    ANO MOD: 2011

CAF/POT/CIL: 9CV/149    CILINDRADAS

CATEGORIA: PARTICULAR

DOA/PREDOMINANTE: PRESTA

| COXA UNICA | VENC. COXA UNICA | VENC. COTAS |
|------------|------------------|-------------|
| R\$ 0.00   | 12/03/2019       | 1º PAGO     |
|            |                  | 2º PAGO     |
|            |                  | 3º PAGO     |

FAIXA IVA: 002055-XX

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$):    IOF (R\$):    PREST. TOTAL (R\$):    DATA DE PAGAMENTO:

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN PAGO \*\*\*    DPVAT: PAGO

DESCRIÇÕES:

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
 MOTORA: KC1667B353897  
 NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

NATAL/RN    DATA: 29/03/2019

001457025-9

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 01424467B316    BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019    DATA EMISSÃO: 20/03/2019

VIA: 1    CDB-RENAVAM: 00284665592    EXERCÍCIO: 2019

PLACA: NNR7381

RENAVAM: 00284665592    MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB: 2011    ANO MOD: 9    Nº CHASSI: 9C2K01670BR353897

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

|                        |              |                        |
|------------------------|--------------|------------------------|
| FN (R\$)               | DETRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$)  |
|                        |              |                        |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$)    | COM. SERVIÇO DO SEGURO |
|                        |              |                        |
| PAGAMENTO:             |              | DATA DE OUTUBAÇÃO:     |
| COTA UNICA             | PARCELADO    |                        |

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**  
 CNPJ 09.246.808/001-04



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436732/19

**Vítima:** THIAGO BARBOSA BEZERRA

**CPF:** 065.140.384-76

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/08/2018

**Titular do CPF:** THIAGO BARBOSA BEZERRA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

#### THIAGO BARBOSA BEZERRA : 065.140.384-76

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](http://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: 06/12/2019  
Nome: ANTONIONE DE FREITAS  
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva  
CPF: 122.394.894-30

Maria Luíza Gonçalves da Silva



PROCURAÇÃO

Outorgante:

THIAGO BARBOSA BEZERRA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,  
profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua AV. LIMA E SILVA,  
Nº 169, Bairro S DE NATUREZA, Município de NATAL, Estado de (o)  
RIO GRANDE NORTE CEP 59.075-719, portador (a) do RG nº 002.037.278.  
SSP/ RN e CPF nº 065.140.384-76.

Outorgado:

ANTONIONE DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil  
SOLTEIRO, profissão NAO DECLARA, residente e domiciliado à Rua  
TRU. GOMERANDU SARDIA, Nº 701, Bairro PAJUCARA, Município de  
NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE CEP 59.122-790, portador (a) do RG  
nº 02686435172, SSP/ RN e CPF nº 008.347.644-07

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) THIAGO BARBOSA BEZERRA, ocorrido em 11 / 09 / 2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

NATAL RN, 16 de Setembro de 2019

OFÍCIO DE NOTAS

Thiago Barbosa Bezerra

Outorgante

CPF Nº 065.140.384-76

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

**NATAL CARTÓRIO 7º OFÍCIO DE NOTAS** Set. Lok Cário Soares Oficial  
Rua Leônidas Eulino do Medeiros, 2919 - Capim-Morão - 59.079-070 - Natal / RN  
Fone: (84) 4008.6650 - E-mail: T7cartorionotas@cartorio.com.br

Reconheço AUTÊNTICA a firma de THIAGO BARBOSA BEZERRA.  
Dou fé.  
Confira a autenticidade em: <https://weisdigital.tjn.jus.br>  
Selo Digital: Rlx201900949790062094XBU  
Natal, 16 de Setembro de 2019 12:00:12  
Em testemunho Brito da verdade.  
SILVANA MARIA SILVA DE BRITO  
Cod. 15686DNA45950819 Usuário: luanarayane

Silvana Maria Silva de Brito  
CPF: 566.538.754-15

AA725334

TABELA SUBSTITUTA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436732/19

**Vítima:** THIAGO BARBOSA BEZERRA

**CPF:** 065.140.384-76

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/08/2018

**Titular do CPF:** THIAGO BARBOSA  
BEZERRA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

#### THIAGO BARBOSA BEZERRA : 065.140.384-76

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](http://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: 06/12/2019  
Nome: ANTONIONE DE FREITAS  
CPF: 008.347.644-07

ANTONIONE DE FREITAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva  
CPF: 122.394.894-30

Maria Luíza Gonçalves da Silva





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190681673 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THIAGO BARBOSA BEZERRA **Data do acidente:** 11/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS E TENOPLASTIA) E ALTA MÉDICA .PÁG 2/8/9/12

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                 |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

