
Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200358740

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

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, 01 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200358740

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 00000166631-0

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 011.828.604-86 4 - Nome completo da vítima: José Satiel Francisco da Luz

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

5 - Nome completo: JOSÉ SATIEL FRANCISCO DA LUZ 6 - CPF: 011.828.604-86

7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: R. MARISTELA ALVES 9 - Número: 720C 10 - Complemento: AP. 201

11 - Bairro: FELIPE CAMARÃO 12 - Cidade: NAYAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59074-340

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (084) 99120-3370

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 001666310 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vai nascer)? ☐ 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 não alfabetizado

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19061662B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 09/11/2019 Hora: 18:05 Município: NATAL/RN
BR: 226 KM: 2,7 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: ADRIANO FREIRE, 1973338

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 09/11/2019, por volta das 18h05, no km 02 da BR-226, no município de Natal/RN, sentido Macaíba-Natal, sentido decrescente da rodovia, ocorreu um acidente tipo COLISÃO TRANSVERSAL entre duas motocicletas com duas vítimas feridas, tendo ferimentos um leve e outro grave. Os veículos envolvidos foram: Motocicleta Honda de placa MYW3944 (V1) e Motocicleta Yamaha de placa QGT6640 (V2). Com base na análise dos vestígios identificados constatou-se que V1 trafegava no sentido normal do fluxo quando V2 que trafegava em sentido contrário de V1, embora também no sentido normal de seu fluxo, efetuou manobra de mudança de direção tentando acessar via local para acesso ao bairro quando colidiram. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidentes, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a manobra de V2 motocicleta Yamaha que ao tentar acessar via local cruzando a pista não o fez com os cuidados necessários. Observações: 1-Todos os condutores foram submetidos ao teste de etilômetro tendo o condutor de V1, José Salatiel, resultado 0.00, número do teste 05318, e o condutor de V2, Paulo Marcos, resultado 0.99mg/L incorrendo em crime de embriaguez ao conduzir veículo, utilizado aparelho n. série 114499, número do teste 05317. 2- o condutor Paulo foi socorrido por VTR SAMU USB 12 e o condutor Salatiel pela VTR SAMU USB 18, ambos encaminhados para atendimento hospitalar. 3- Paulo Marcos foi socorrido para o Hospital Clovis Sarinho devido as lesões que sofreu com fratura exposta e corte contuso no pé e perna esquerda necessitando atendimento de urgência e posterior internação na unidade hospitalar devido cirurgia. 4-Os procedimentos na Delegacia de Polícia Civil foram tomados. Não houve outros veículos envolvidos.



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C56F189E93008B.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - MYW3944 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: MYW3944 Marca/modelo: HONDA/CB600F HORNET Renavam: 00973808853
Ano fabricação: 2008 Chassi: 9C2PC42008R000812 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros Tipo de Receptor: Outro
Informações complementares: Motocicleta liberada para entregue a Francisco Wagner da Silva Costa, cunhado de José Salatiel

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Polícia Rodoviária Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2f9A72E29F1A597C56F189E93008B.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CB600F HORNET

Placa: MYW3944

Nº BOAT: 19061662B01

Nome do Agente: ADRIANO FREIRE

Matrícula do Agente: 1973338

Data: 09/11/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A5B7C5BF199E93008B.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

CPF/CNPJ: 011.828.604-86

Email:

Telefone: 84-99958-2582

Endereço: Rua Maristela Alves, 720, Bloco C, Felipe Camarão, NATAL-RN

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

V1C - Informações

Nome: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data de Nascimento: 23/02/1980

CPF: 011.828.604-86

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 23/08/2004

Nº Registro: 03362889999

UF: RN

Vencimento da habilitação: 23/11/2022

Motorista profissional: Não

Observações CNH: A 15

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

V1C - Dados do Contato

Endereço: R MARISTELA ALVES, 720, BLC AP 201 C RESID, FELIPE CAMARAO, NATAL-RN

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - QGT6640 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: QGT6640 Marca/modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Renavam: 01139278603

Ano fabricação: 2017 Chassi: 9C6RE2120J0013479

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Informações complementares: Pretendia acessar via local.Anexo BO da PC.



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Polícia Rodoviária Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobati/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93008D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matricule 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DGI, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2f9A72E29F1A597C5BF189E93008B.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Placa: QGT6640

Nº BOAT: 19061662B01

Nome do Agente: ADRIANO FREIRE

Matrícula do Agente: 1973338

Data: 09/11/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973338, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E930086.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19061662B01

V2 - Proprietário

Nome: RANIELSON TEODOSIO DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 060.358.934-06

Email:

Telefone:

Endereço: R SANTA VERONICA, 68, Felipe Camarão, NATAL-RN

V2C - CONDUTOR DE V2 - PAULO MARCOS DA COSTA

V2C - Informações

Nome: PAULO MARCOS DA COSTA

Data de Nascimento: 26/08/1978

CPF: 916.274.864-53

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

Informações complementares: Habilitação vencida em 14/08/2018

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: D

Primeira habilitação: 24/04/2003

Nº Registro: 02835074013

UF: RN

Vencimento da habilitação: 14/08/2018

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Sim

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,99 mg/l

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARECHAL RONDON, 67, NS DA APRESENTACAO, NATAL-RN

Telefone: 84-98602-1103

Email:

V2C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por ADRIANO FREIRE, matrícula 1973336, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea o do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19061662B01 e o número de controle E2F9A72E29F1A597C5BF189E93D08B.

191

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: 4 - Nome completo da vítima:

011.828.604-86

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

011.828.604-86

VIGILANTE

R. MARISTELA ALVES

720C

AP. 201

FELIPE CAMARÃO

NAVAL

RN

59.074-340

(084) 99120-3370

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 001666310

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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) ☐ 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (se nascer)? ☐ 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 não alfabetizado

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320035874001

VALOR TOTAL:

337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000166631

Número da Autenticação

549068F5C8035C49



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.324.104/0001-81 | Insc. Est. 2005199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA DA SILVA COSTA

CPF 778.921.274-83

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARISTELA ALVES 720 C AP. 201
COND RESID FELIPE CAMARAO BL C

FELIPE CAMARAO/AREA URBANA
NATAL RN
59074-340

046582890	UFPA	11/09/2020
11/08/2020	3003958218	711388

0851904824	08/2020
01/09/2020	11/09/2020
107,58	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) TUSD	140.000000	0.38943853	51.71
Consumo Ativo (Wh) TE	140.000000	0.32126015	44.97
Contrib. Rum. Pública Municipal			10.88

TOTAL DA FATURA

107,58

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7043887	CAT	10/07/2020	15.413,90	10/09/2020	16.561,00	32	1.0000		140,00

PERÍODO	VALOR
AGO 20 140	
SET 20 137	
OCT 20 162	
NOV 20 175	
DEZ 20 221	
JAN 21 197	
FEB 21 162	
MAR 21 124	
ABR 21 167	
MAY 21 186	
JUN 21 187	
JUL 21 192	
AUG 21 196	

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	18,00	17,42
PIS	1,24	1,75
COPINF	5,89	5,10

Correção de Energia	R\$	%
Transmissão	4,47	4,61%
Distribuição (Cosern)	24,30	25,03%
Perdas de Energia	8,10	8,31%
Energia Setorial	5,15	5,30%
Tributos	24,38	24,02%
Total	59,88	100%

Consumo Ativo (kWh) TE	140,0000
	0,24117000

5187 EGUA DEST 51CF 6891 2501 KUBA FETD

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ MOACIR FRANCISCO DA LUZ,

RG nº 1.495.389, data de expedição 20/06/93, Órgão SSP/RN,

CPF nº 008.955.624-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA GENÉRIO TOMAZ</u>
Número	<u>212</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>LAGOA SALGADA</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59247-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99120-3370 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u> " </u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA LIMA / RN 05.10.20

Assinatura do Declarante: José Moacir Francisco da Luz

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.955.624 / 05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.828.604-86,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.828.604 / 86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios;

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Genzio tomaz</u>	Número: <u>212</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Lagoa Salgada</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59247-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: NOVA LUZ / RN 05.10.20

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ
Assinatura do Declarante



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 58423 /2019

Admissão: 09/11/2019 19:33:46

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 137181 - JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ (39 a 8 m 15 d)

Nascimento: 23/02/1980 Natural: LAGOA DE PEDRAS BRASIL

CNS: 704106143904177

CPF: 01182860486

Sexo: P Cor:

Mãe: MARIA IVANILDA SILOVA DA LUZ

Prof: VIGILANTE

Pat: PEDRO FRANCISCO DA LUZ

Logradouro: MARISTELA ALVES, 720

CEP: 59074340

Bairro: FELIPE CAMARÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 99176273

Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa: RN SEGURANCA

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 09/11/2019 19:32:40

HORA	CPA	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	GI
19:40	13/11/19	158	94	21	20	76		15

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA 1 PODODACTILO APOS COLISAO MOTO MOTO

Hora: _____

Paciente notou de colisão moto + moto, em
a corrimão o rimeto, após dar um pulo (E).
P.D.E.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP, mrg, mialgia
- B Bap, toax, indole
- C 130/80, indole
- D 26/15, SF
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

A
B
C
D
E

A (ALÉRGICAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de punho ⑤ - AP e D

Rx de pé ⑤ - AP e D

Dr. Diogo Medeiros
Clínico Geral
CRM 7989

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Alto de c. gl

Dr. Diogo Medeiros
Clínico Geral
CRM 7989

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESP

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Dr. Diogo Medeiros

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

Dr. Diogo Medeiros
Clínico Geral
CRM 7989

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

- Jose Salathiel Francisco da Luz.
- Laudo Médico.

Paciente sofreu acidente
de moto no dia 09/11/19. CI
histórico de CI. Trauma no punho
esquerdo CI. Redução do tórax,
tort. conservada. De tórax do punh-
o. Atualmente tem dificuldade
para movimentar o punho e CI
bolada de vidro, de fratura. Ainda
sem sangramento.

02.10.2020

Manoel L. Fonseca
CRM 1642
CPF: 108.529.214-20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE VIGILÂNCIA E POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



José Moacir Francisco da Luz

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

Nº de Inscrição
008955624-05

Data de Nascimento
05/04/76



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.495.339 23.06.93

JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

PEDRO FRANCISCO DA LUZ

MARIA IVANILDA DA LUZ SILVA

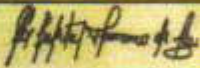
LAGOA DE PEDRAS-PB 05.04.1976

C/NAS. 0295.FLS. 200V. LV. 01 DO
CART. DE LAGOA DE PEDRAS-PB

Assinatura

ASSINADO EM

LE Nº 116/02/00000

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTEIRA NACIONAL DE TRANSPORTES			
NOME JOSE SALATIM FRANCISCO DA LUZ					
		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 1805988 SSP RN		DATA NASCIMENTO 23/02/1980	
		CPF 011.828.604-86		FILIAÇÃO PEDRO FRANCISCO DA LUZ MARIA IVANILDA SILVA D A LUIZ	
Nº REGISTRO 03362089999		VALIDADE 23/11/2022		1ª EMISSÃO 23/08/2004	
		OBSERVAÇÕES A EAR			
ASSINATURA DO PORTADOR 					
LOCAL NATAL, RN		DATA EMISSÃO 02/02/2018			
Luiz Edgardo Machado Pereira Diretor Geral - Detran/RN ASSINATURA DO EMISOR					
RIO GRANDE DO NORTE					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN Nº 014244548692
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00973808853 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

CPF / CNPJ

PLACA

011.828.604-86

MYW3944

PLACA ANT. / UF

CHASSI

MYW3944 / RN

9C2PC42008R000812

ESPÉCIE / TIPO

COMBUSTÍVEL

PASSAGELIRO/MOTOCICLOSA FIANCO DE LICENÇA

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CB600F HORNET

2008 2008

CAP / POT / CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

OCV/599 CILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

1

R\$ 0,00

11/04/2019

1º ISENTO

V

FAIXA L.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º ISENTO

A

002602 3X

R\$ 123,73

3º ISENTO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

NOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

DESCRIÇÕES

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO

MOTOR P042E-8000812

MANUTENÇÃO PARA TRANSFERENCIA

NATAL/RN

DATA

01/04/2019

RN Nº 014244548692 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

VIA 1

CPF / CNPJ

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

1

011.828.604-96

2019

01/04/2019

RENAVAM

MARCA / MODELO

00973808853

HONDA/CB600F HORNET

ANO FAB.

CL. DEZ.

Nº CHASSI

2008

9

9C2PC42008R000812

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

FMS (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

NOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE OUTUBRO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.546.000/0001-04

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Dados do Sinistro

Número: 3200358740

Cidade: Natal/RN

Cobertura: invalidez

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA
LUZ

Data do acidente: 09/11/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Parecer

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, sem encurtamento, flexão normal, extensão normal. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no quinto dedo do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: 5º Dedo do Pé Esquerdo - Leve - 25%

Sequelas: Com Sequela

Data da perícia: 20/10/2020

Conduta mantida: Sim

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

Danos

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10	1350.00	25	337.5
Total			2,50%	R\$ 337,50

Prestador

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MEDICOS ESPECIALIZADOS LTDA-EIRELI

Médico revisor: Jose Artur Fialho Amorim

CRM do médico: 52314742-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



José Artur Fialho Amorim
Diretor - Gestor do Contrato
CRM 52 31474.2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740

Cidade: Natal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do acidente: 09/11/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, sem encurtamento, flexão normal, extensão normal. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no quinto dedo do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: 5º Dedo do Pé Esquerdo - Leve - 25%

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/10/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740

Cidade: Natal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

Data do acidente: 09/11/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 5º dedo do pé esquerdo apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, sem encurtamento, flexão normal, extensão normal. Apresenta na região observada cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no quinto dedo do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: 5º Dedo do Pé Esquerdo - Leve - 25%

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/10/2020

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ **Data do acidente:** 09/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200358740 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ **Data do acidente:** 09/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: VIGILANTE, Data do Acidente 09.11.2019
Cobertura INVALIDEZ portador(a) do RG 1.805.988, órgão expedidor
SSPIRN e do CPF: 011.828.604-86 residente no(a)
RUA MARISTELA ALVES nº 720C
bairro: FELIPE CAMARÃO, município: NATAZ / RN.

OUTORGADO:

Nome: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRO Profissão: VIGILANTE, portador(a) do RG
1495339, órgão expedidor SSPIRN e do CPF: 008.955.624-05 residente
no(a) RUA GENEZIO TOMAZ nº 212
bairro: CENTRO, município: LAGOA SALGADA / 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.

09 SET. 2020

Local e Data



JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Natal Cartório 2º Ofício de Notas
Av. Afonso Augusto de Albuquerque, 1130 - Lagoa Seca
CEP: 59.000-000 - Natal - RN - Fone: (84) 3222-2221 / 4141-0001
E-mail: natal2@notas.com.br

Paulo Sérgio Gomes da Costa Filho - Tabelião Oficialmente
Cadastrado em: Natal - RN

Reconheço a firma de JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ por
autenticidade do que dou fé.

Natal/RN, 9 de Setembro de 2020. 15:10:44

Cloris Maria de Andrade - Escrevente
Confira em: <https://selodigital.tjn.jus/selo>.
Selo Digital: RN202000949530132578WHQ.
Usuário: diva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0283104/20

Vítima: JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ

CPF: 011.828.604-86

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/11/2019

Titular do CPF: JOSE SALATIEL
FRANCISCO DA LUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ : 008.955.624-05

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

JOSE SALATIEL FRANCISCO DA LUZ : 011.828.604-86

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: 06/10/2020
Nome: JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ
CPF: 008.955.624-05

JOSE MOACIR FRANCISCO DA LUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/10/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA