

# 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: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: VANZELIA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000000458-2

---

Nr. da Autenticação 0780EF4A012DCBA1

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190617557 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANZELIA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º,3º,4º,5º METATARSOS DO PÉ DIREITO. P.1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.1

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                  |                                              |                                                      | 5 %       | R\$ 675,00            |



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Fone: CEP 59015-000  
CNPJ: 08.204.386/0001-35 (INSC. ESTADUAL: 20.555.428-3)  
Admin. Central (84) 3233-4432 / Ovinícola: (84) 3232-4562

DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO

Valor a receber: R\$ 46,88  
Data de vencimento: 24/06/2019  
Valor em letras: Quarenta e seis reais e oitenta e oito centavos

### CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 19/06/2019 AS 09:41:26

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

8670705

05/2019

VANZELIA MARIA DA SILVA  
RUA FORTALEZA, N. 110 - ALTO DO SUMARE NOSSORO RN  
59920-000

| INSCRIÇÃO            | ROTA          | SER. ROTA       | QUANTIDADE DE ECONOMIAS<br>POTENCIAL CONSUMO APROXIMADO | PORJE |
|----------------------|---------------|-----------------|---------------------------------------------------------|-------|
| 307.019.745.0106.000 | 9             | 5030            |                                                         |       |
| HIIDRÔMETRO          | SITUAÇÃO ÁGUA | SITUAÇÃO ESGOTO |                                                         |       |
| Y12N206832           | LIGADO        | POTENCIAL       |                                                         |       |

CONSUMO ÁGUA (M3): 8

DATA LEITURA: 19/06/2019  
LEIT. ATUAL: 951  
LEIT. ANT.: 943  
DIAS CONSUMO: 34

#### HISTÓRICO DE CONSUMO

| REF     | CONSUMO | REF     | CONSUMO | REF     | CONSUMO | MÉDIA |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|
| 05/2019 | 10      | 03/2019 | 6       | 01/2019 | 26      | 14    |
| 04/2019 | 7       | 02/2019 | 27      | 12/2018 | 33      |       |

#### DESCRIÇÃO

| DESCRIÇÃO                        | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|----------------------------------|---------|------------|
| ÁGUA                             |         |            |
| RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S) | 8 M3    | 39,99      |
| CONSUMO DE ÁGUA                  |         | 0,06       |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019   |         | 4,00       |
| JUROS DE MORA 02/2019            |         | 1,84       |
| ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2019    |         |            |
| FATURAS EM ATRASO                |         |            |
| REF 201903                       | 44,17   |            |
| REF 201904                       | 40,82   |            |
| REF 201905                       | 49,17   |            |

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL(%) | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|---------------|------------------|
| PIS      | 39,99           | 1,65          | 0,66             |
| COFINS   | 39,99           | 7,6           | 3,04             |

VENCIMENTO: 24/06/2019 TOTAL A PAGAR: 46,88

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2019, REFERENTE A 2018, ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO "INFORMAÇÕES TÉCNICAS".

| MONITORAMENTO ANUAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA |          |           |                  |                      |                |
|------------------------------------------------------|----------|-----------|------------------|----------------------|----------------|
| Parâmetros                                           | Turbidez | PH        | Cond. Total      | Cloro Residual Livre | Nitrito (mg/L) |
| WPP e Resíduo de Cloro                               | ≤ 5,0 uT | 6,0 a 9,5 | % de Aproximação | 0,2 a 2,0 mg/L       | ≤ 10,0 mg/L    |
| Valores Obtidos                                      | 1,78     | 7,4       | 100,0%           | 1,0                  |                |

82620000000 6 46880006307 4 00867070601 2 06201950003 2



| MATRÍCULA | MÊS/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|---------|------------|---------------|
| 8670705   | 05/2019 | 24/06/2019 | 46,88         |



COMPROVANTE DA CAERN



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Av. Antônio Sales de Sá, 1305, Tirol, CEP: 59016-000  
CNPJ: 08.334.385/0001-45 / INSC. Estadual: 20655.426-3  
Admin. Central (84) 3222-4452 / Ouvidoria: (84) 3212-1552

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

Telefone: (84) 3222-4452  
Fax: (84) 3222-4453  
E-mail: atendimento@caern.com.br  
135

### CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 19/06/2019 ÀS 09:41:26

MATRÍCULA:

MES/ANO

DADOS DO CLIENTE

8570706

06/2019

VANZELTA MARIA DA SILVA  
RUA FORTALEZA, N. 110 - ALTO DO SINAIRE MOSSORO RN  
59920-000

| INSCRIÇÃO            | ROTA          | DESCRIÇÃO       | QUANTIDADE DE ECONOMIAS | PÚBLICO  |
|----------------------|---------------|-----------------|-------------------------|----------|
| 307.019.745.0106.000 | 9             | 5030            | RESIDENCIAL             | GOVERNAR |
| MORÔMETRO            | SITUAÇÃO ÁGUA | SITUAÇÃO ESGOTO | POTENCIAL               |          |
| Y12N206832           | LIGADO        |                 |                         |          |

CONSUMO ÁGUA (M3): 8 DATA LEITURA: 19/06/2019  
LEIT. ATUAL: 951  
LEIT. ANT.: 943  
DTAS CONSUMO: 34

#### HISTÓRICO DE CONSUMO

| REF     | CONSUMO | REF     | CONSUMO | REF     | CONSUMO | MÉDIA |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|
| 05/2019 | 10      | 03/2019 | 6       | 01/2019 | 26      | 14    |
| 04/2019 | 7       | 02/2019 | 27      | 12/2018 | 13      |       |

| DESCRIÇÃO                        | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|----------------------------------|---------|------------|
| ÁGUA                             |         |            |
| RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S) | 8 M3    | 39,99      |
| CONSUMO DE ÁGUA                  |         | 0,96       |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019   |         | 4,09       |
| JUROS DE MORA 02/2019            |         | 1,84       |
| ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2019    |         |            |
| FATURAS EM ATRASO                |         |            |
| REF 201903                       | 44.17   |            |
| REF 201904                       | 40.82   |            |
| REF 201905                       | 49.17   |            |

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL(%) | VALOR DO IMPOSTO |
|----------|-----------------|---------------|------------------|
| PIS      | 39,99           | 1,65          | 0,66             |
| COFINS   | 39,99           | 7,5           | 3,00             |

VENCIMENTO: 24/06/2019 TOTAL A PAGAR: 45,88

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2019, REFERENTE A 2018, ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO "INFORMAÇÕES TÉCNICAS".

| MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA (MSS) |           |           |               |                 |
|-------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|-----------------|
| Parâmetros                                      | Turbidez  | PH        | Cond. Total   | Nitrito (cont.) |
| VLP - Remoção de sólidos                        | ≤ 6,0 NTU | 6,0 a 9,5 | % de Absorção | 0,2 a 2,0 mg/L  |
| Valores Obtidos                                 | 1,74      | 7,4       | 100,0 %       | 1,0             |

82620000000 6 46880006307 4 00867070601 2 06201950003 2



| MATRÍCULA | MES/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|---------|------------|---------------|
| 8570706   | 06/2019 | 24/06/2019 | 45,88         |



caern  
www.caern.com.br

COMPROVANTE DA CAERN

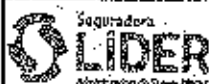
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cid Ferreira da SilvaRG nº 322.24492, data de expedição 24/09/35, Órgão SSP RJ,CPF nº 761.297.234-03, 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: segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praca) | Rua Fortaleza   |
| Número                            | 330             |
| Apto./ Complemento                | Casa            |
| Bairro                            | Alto do Sumaré  |
| Cidade                            | Monteiro        |
| Estado                            | RJ              |
| CEP                               | 59920-000       |
| Telefone de contato               | (84) 99827-0066 |
| E-mail                            | Não possui      |

Por ser verdade, firmo-me.

Lugar e Data: Monteiro - RJ 02/09/2019Assinatura do Declarante: Cid Ferreira da Silva



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 08h às 20h):  
Capitais e regiões metropolitanas: 020 1596 / Outras regiões: 0800 022 32 08

SAC para reclamações e sugestões, 24 horas por dia: 0800 022 81 89 | SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800 022 32 06 | Central Ovidiosa: 0800 022 81 35

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www7.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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSETO, 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, INSPECIONAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu:

Cid Ferreira da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

763.297.214 / 04

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vanuzelia Maria da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 036344634 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Vanuzelia Maria da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº

036.344.634 / 33

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:

Rua Fortaleza

número: 440

Complemento:

Casa

Bairro:

Alto do Sumaré

Cidade:

Horizonte

Estado:

RJ

CEP:

59920-006

E-mail:

Não Possui

Tel.(DDD):

(84) 99827-0066

Local e Data:

Horizonte - RJ 02/09/2019

x Cid Ferreira da Silva

Assinatura do Declarante

**CIRURGIA GERAL - VERDE**

Paciente: 18031 - VANSELIA MARIA DA SILVA (37 a 1 d)

Nascimento: 30/07/1981

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: NADA CONSTA

Pai:

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 1

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

**Telefons: 84.33153390 84 33153390**

Complete

**Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO**

**Tipo: REGULADO**

**Origem: SAMU RN**

\*Empresa:

**JOBS:**

Classificação: 31/07/2018 11:40:34 | PESO:

**PESO:**

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     | /     |      |      |      |       |         | .   |

## HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: Pie vítima de colisão carr/moto (SIC) apresenta escoriações leves+algia corporal.Consciente orientada.

Hora:

Queda de moto ("colisão c/ carro"), referindo a tração cervical e côxa direita, + escoriações, torçoes d. Consciente, Orientada, Espontânea, Corada.

Solicitados: Rxs.

Rx's:  
Painex da Ortopedia

ON + OPEDIA : PDC / Trans ~~GAME / AN~~ 10-11-12  
2 dms. Rx. Poles 2, 3, 4, 5 in line

Diagn. Inicial:

**PRESCRIÇÃO:**

|                        | RECEIVED | VIA | ROMARIO | ASSINT. |
|------------------------|----------|-----|---------|---------|
| ① 1/20/2020 → 01/21/20 |          |     | -13:50  |         |
| ② 1/20/2020 → 01/21/20 |          |     | -13:50  |         |
| ③ 1/20/2020            |          |     |         |         |
|                        |          |     |         |         |

|         |                                                                        |       |
|---------|------------------------------------------------------------------------|-------|
| *Salda: | ( ) Decisão médica; ( ) Enc.outroServiço; ( ) Evasão; ( ) Interna: CID | Proc. |
|---------|------------------------------------------------------------------------|-------|

Data: 1 / 18. Hr:      Ass. Médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RENZELIA MARIA DA SILVA

1936060 238 RN

036.344.614-11 05/06/1981

ANTONIO ABILIO DA SILVA  
MARIA DA CONCEICAO SILVA

1031982326

12/11/2010

MOSSORO, RN 25/05/2015

3644992229  
03702202946

1031982326

Victima

[illegible]

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RN 10723 / 0032 5 Nº 013253310077  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. REGISTRO 00307735613 RABELO EXERCÍCIO 2017

OUT. DIRET. DA B. 3A

PLACA MIT7265

761.297.214-04

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E SESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE E/OU POR SUA CARGA E PESSOAS  
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

RN Nº 013253310077 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[WWW.SEGURODPVAT.COM.BR](http://WWW.SEGURODPVAT.COM.BR)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/07/2017

PLACA MIT7265

761.297.214-04

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.245.808/0001-92

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

PRÊMIO ANUAL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190617557 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANZELIA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES LEVES E ALGIA CORPORAL. P.1  
FRATURA DE METATARSOS DO PÉ DIREITO. P.1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.1

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |

Identificação por  
Assinatura

# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

|                |                                     |               |                |
|----------------|-------------------------------------|---------------|----------------|
| NOME:          | Yanizelia Maria da Silva            |               |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                          | ESTADO CIVIL: | casada         |
| PROFISSÃO:     | Dona de Lar                         |               |                |
| IDENTIDADE:    | 199.6068                            | CPF:          | 036.344.614-11 |
| ENDEREÇO:      | Rua Fortaleza Nº 110 Alto do Sumore |               |                |

OUTORGADO

|                |                                     |               |                |
|----------------|-------------------------------------|---------------|----------------|
| NOME:          | Cid Ferreira da Silva               |               |                |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                          | ESTADO CIVIL: | casado         |
| PROFISSÃO:     | Operador de Guindaste               |               |                |
| IDENTIDADE:    | 122.4492                            | CPF:          | 761.297.214-04 |
| ENDEREÇO:      | Rua Fortaleza Nº 110 Alto do Sumore |               |                |

NOME DA VÍTIMA: Yanizelia Maria da Silva

DATA DO ACIDENTE: 31/07/2018 COBERTURA: Invalidez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

29 de agosto de 2019

LOCAL E DATA

4º OFÍCIO  
MOSSORÓ-RN

Yanizelia

Yanizelia Maria da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório Quilombo Oficina de Notas de Mossoró-RN  
Rua Vereador Rosado, 14 - Típica - MARIA LUCIVAN FORTES SILVA  
AZEVEDO, Cont.: (54)334-8810 cv-torcedor@netmail.com

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE (s/s) firmadas de Nome do  
Reconhecido: YANIZELIA MARIA DA SILVA Nº 199.606.344.614-11.

Confirma em: https://secedigital.br/jus.br

Selo Digital: RN20190041683041747UZK

Mostrado em: 29/08/2019 às 10:16:03

DOUGLAS FORTES DE MELLO - Substituto

Op. Douglas

Nº 2.893/987-214

AUTENTICS



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383520/19

**Vítima:** VANZELIA MARIA DA SILVA

**CPF:** 036.344.614-11

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 31/07/2018

**Titular do CPF:** VANZELIA MARIA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### CID FERREIRA DA SILVA : 761.297.214-04

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

### VANZELIA MARIA DA SILVA : 036.344.614-11

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: 01/11/2019  
Nome: CID FERREIRA DA SILVA  
CPF: 761.297.214-04

CID FERREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190617557**

**Vítima: VANZELIA MARIA DA SILVA**

**Data do Acidente: 31/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CID FERREIRA DA SILVA**

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

**Senhor(a), VANZELIA MARIA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190617557

Vítima: VANZELIA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CID FERREIRA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANZELIA MARIA 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\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: VANZELIA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000000458-2

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.344.634-33 4 - Nome completo da vítima: Vanzelia Maria da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Vanzelia Maria da Silva 6 - CPF: 036.344.634-33  
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Fortaleza 9 - Número: 340 10 - Complemento: Casa  
11 - Município: Sumaré 12 - Cidade: Mogi Mogi 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 54.920-000  
15 - E-mail: Nao 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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: 2380 CONTA: 0438 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se o vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nosciturado (veneros)? ☐ 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 devido, 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 rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mogi Mogi RJ 02/09/2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SUL RN

DATA: 04/09/2019

HORA: 17:04:47

TERMINAL: 30641026

CONTROLE: 306410290797

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2300 010.00000458-2

NOME: VANZELIA MARIA DA SILVA

TIPO DE CONTA: 010 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 000

TELEFONE DEPOSITANTE: 04 39060-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 4824638838

Movimentação 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 à verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidaria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal



**PRF**

**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**



**Acidente nº 18044395B01**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 304

**KM:** 46,0 - Crescente

**Município:** MOSSORO/RN

**Data:** 31/07/2018

**Hora:** 11:20

**Policial responsável pelo atendimento:** ADILIO, matrícula 1542121

**ASPECTOS DO LOCAL**

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Dupla

**Condição da pista:** Seca

**Estrutura viária:** Ative

**Localidade urbanizada:** ☒

**Acostamento:** ☒

**Canteiro central:** ☒

**Condição meteorológica:** Sol

**Fase do dia:** Pleno dia

**NARRATIVA**

V1, VW VOYAGE CITY MB DE PLACAS OWB7245, SEGUIA O FLUXO QUANDO COLIDIU LATERALMENTE COM V2, UM CICLOMOTOR SUNDOWN/WEB 100 DE PLACA MYT7269 QUE AVANÇOU A PREFERENCIAL, QUE PERTENCIA A V1, DURANTE OPERAÇÃO DE RETORNO.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

| Ordem | Tipo de Evento  | Veículos Envolvidos |
|-------|-----------------|---------------------|
| 1     | Colisão lateral |                     |



Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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-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 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E293D0F097B128A7



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18044395B01



# PRF

## IMAGENS PANORÂMICAS



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



Sem Imagem

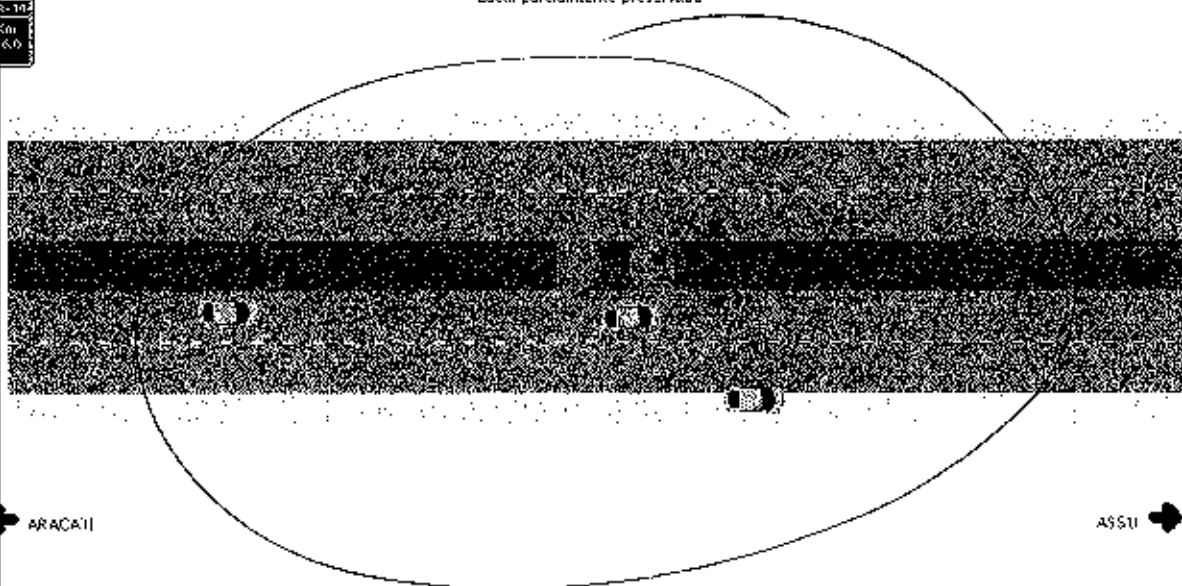
IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE

## AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

## CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E283D0F097B128A7



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18044395B01



# PRF

# V1



# OWB7245

**Placa:** OWB7245 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** VW/VOYAGE CITY MB/2014

**Renavam:** 01025186335

**Chassi:** 9BWDB45U6FT020667

**Tipo de Veículo:** Automóvel

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

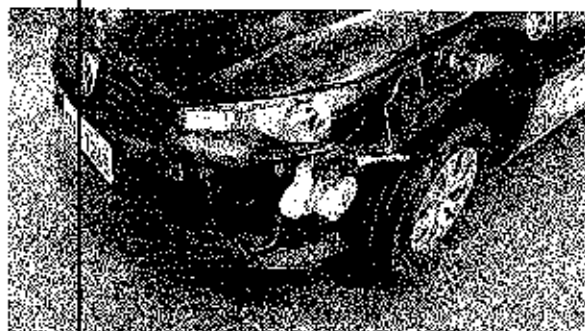
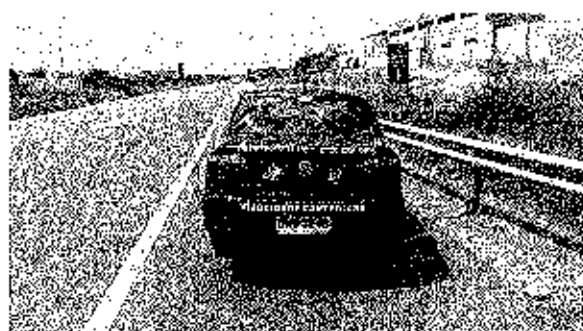
**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** G E C MANUTECÃO E SERVIÇOS LTDA

**CPF/CNPJ:** 03.996.508/0001-80

**Endereço:** R WALTER VANDERLEY, 247, MOSSORO/RN

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E293D0F097B128A7



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18044395B01**



**PRF**

**V2**



**MYT7269**

**Placa:** MYT7269 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** SUNDOWN/WEB 100/2006

**Renavam:** 00902754114

**Chassi:** 94J1XFBH67M032874

**Tipo de Veículo:** Motoneta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Realizando retorno regular

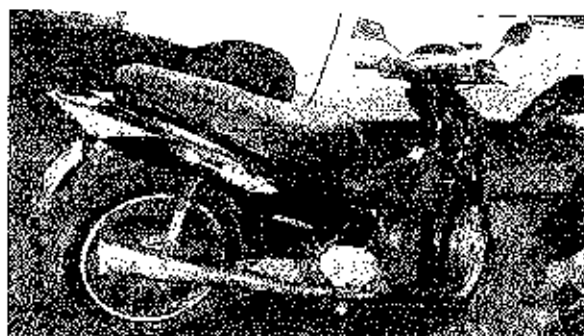
**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** CID FERREIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 761.297.214-04

**Endereço:** R GUILHERME RICARDO DE LIMA, 786, MOSSORO/RN

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E293D0F097B128A7



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18044395B01**



**PRF**

**V1**



CONDUTOR

**FRANCISCO ANTONINO AGOSTINHO**

**Placa do veículo:** OWB7245

**Marca/modelo:** VW/VOYAGE CITY MB

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** FRANCISCO ANTONINO AGOSTINHO

**CPF:** 969.716.904-78

**Data de nascimento:** 07/04/1978

**Estado civil:**

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Ileso

**Usava cinto de segurança:** Sim

**Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional

**Categoria:** AB

**Data primeira habilitação:** 05/09/2007

**Nº Registro:** 04181755020

**UF:** RN

**Data de vencimento da habilitação:** 01/06/2022

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 15

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não

**Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA RAIMUNDA MARIA DE SOUZA, 1355 - CASA, ALTO DO SUMARE, MOSSORO/RN

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E293D0F097B128A7



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18044395B01**



**PRF**

**V2**



CONDUTOR

**VANZELIA MARIA DA SILVA**

**Placa do veículo:** MYT7269

**Marca/modelo:** SUNDOWN/WEB 100

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** VANZELIA MARIA DA SILVA

**CPF:** 036.344.614-11

**Data de nascimento:** 05/06/1981

**Estado civil:**

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Lesões Leves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional

**Categoria:** AB

**Data primeira habilitação:** 12/11/2010

**Nº Registro:** 05076567007

**UF:** RN

**Data de vencimento da habilitação:** 21/05/2020

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não

**Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA CELINA VIANA, 194, ALTO DO SUMARE, MOSSORO/RN

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** SOCORRIDA



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E293D0F087B128A7



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18044395B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / VW/VOYAGE CITY MB

**Placa:** OWB7245

**Nome do agente:** ADILIO

**Nº BOAT:** 18044395B01

**Matrícula do agente:** 1542121

**Data:** 31/07/2018

| Item | Descrição do Item                      | Item danificado no acidente |       |       |
|------|----------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|
|      |                                        | SIM*                        | NÃO** | NA*** |
| 1    | Painel corta-fogo                      |                             | X     |       |
| 2    | Longarina dianteira esquerda           |                             | X     |       |
| 3    | Caixa de roda dianteira esquerda       | X                           |       |       |
| 4    | Estrutura da soleira esquerda          |                             | X     |       |
| 5    | Air Bags Frontais                      |                             | X     |       |
| 6    | Air Bags Laterais                      |                             | X     |       |
| 7    | Estrutura da coluna dianteira esquerda |                             | X     |       |
| 8    | Estrutura da coluna central esquerda   |                             | X     |       |
| 9    | Estrutura da coluna traseira esquerda  |                             | X     |       |
| 10   | Caixa de roda traseira esquerda        |                             | X     |       |
| 11   | Assoalho central esquerdo              |                             | X     |       |
| 12   | Longarina traseira esquerda            |                             | X     |       |
| 13   | Assoalho portamalas ou caçamba         |                             | X     |       |
| 14   | Longarina traseira direita             |                             | X     |       |
| 15   | Caixa de roda traseira direita         |                             | X     |       |
| 16   | Estrutura da coluna traseira direita   |                             | X     |       |
| 17   | Estrutura da soleira direita           |                             | X     |       |
| 18   | Estrutura da coluna central direita    |                             | X     |       |
| 19   | Estrutura da coluna dianteira direita  |                             | X     |       |

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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. 8º 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 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E293D0F087B128A7



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18044395B01**



**PRF**

| Item | Descrição do Item               | SIM* | NÃO** | NA*** |
|------|---------------------------------|------|-------|-------|
| 20   | Assoalho central direito        |      | X     |       |
| 21   | Caixa de roda dianteira direita |      | X     |       |
| 22   | Longarina dianteira direita     |      | X     |       |

**Total geral (SIM + NA): 1**

**Dimensão da monta:** Pequena

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / SUNDOWN/WEB 100

**Placa:** MYT7269

**Nome do agente:** ADILIO

**Nº BOAT:** 18044395B01

**Matrícula do agente:** 1542121

**Data:** 31/07/2018

| Item | Descrição do Item                    | 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     |       |

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ADILIO, matrícula 1542121, Policial Rodoviário Federal, em 31/07/2018, às 15:01, 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 18044395B01 e o número de controle 553CCAE0AD7A48E293D0F097B128A7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 036.344.634-33 4 - Nome completo da vítima: Vanzelia Maria da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 416/2012

5 - Nome completo: Vanzelia Maria da Silva 6 - CPF: 036.344.634-33  
7 - Profissão: Do lar 8 - Endereço: Rua Fortaleza 9 - Número: 330 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Sumaré 12 - Cidade: Morrão 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59.920-000  
15 - E-mail: Marc Pozzi 16 - Tel. (DDD): (84) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 COPIA).

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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2380 CONTA: 0458 2 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 e que eu tiver direito, reconhecendo o dano, 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(s) (menor(es)) ☐ 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 a esses beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Morrão RJ 02/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)