

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300010758-0

Nr. da Autenticação 82713151FBBE1878

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.

Descrição do exame físico: TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADAS SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DE SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.1-3(BAM) P.5(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190717546
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Edvan da Silva Sales
Endereço do(a) Examinado(a): Olegario Filgueira Leao, 811
Rincao Mossoro RN CEP: 59615-548
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001882164 em mento
Data local do acidente: [20/09/2019]
Data local do exame: [21/01/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO.
TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFÍCIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA.
LESÃO EM 2º QDD.**

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

**Tratamento: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO: SUTURA / FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO: TRATAMENTO CONSERVADOR.
LESÃO EM 2º QDD - SUTURA.
Data da Alta: 20/12/2019**

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

**TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADAS SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.
2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.**

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

Sim Não

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

Sim Não

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

TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADAS SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Elizabeth F. Tonello
Dra. Elizabeth Filardi Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA RISCA / CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para devidos a difusão 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 da sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro. 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 RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.949.294 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO EDUARDO SILVA SALES inscrito (a) no CPF sob o N° 068.567.934 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antônio Eduvan da Silva Sales

inscrito (a) no CPF sob o N° 968.567.934 / 12 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro VERDADE fato de que sou proprietária da residência informada acima, possuindo o comprovante de residência no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

RUA DOS PEREIRAS

Número:

26

Complemento:

SALA 71

Bairro:

PARC. COSTA E SILVA

Cidade:

MOSSORÓ

Estado:

RN

Email:

renata.ramyra@netmobil.com

CEP:

59.625.366

Tel. (DDD):

(84)98805-8014

Local e Data: MOSSORÓ, RN, 11 DE DEZEMBRO DE 2019.

Renata Ramyra de U. T. G. Medeiros
Assinatura do Declarante

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (60 a 5 m 21 d)
 Nascimento: 30/03/1969 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 702806166161461 CPF: 86856793472 Prof:
 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES
 Logradouro: OLEGARIO FILgueira LEAO, 811 Cidade: MOSSORO
 CEP: 59649899 Bairro: RINCAO
 Telefone: 84.994295973 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
 Origem: SAMU, RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU		Classificação:		PESO:					
HORA	P.A.	IGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTOQUEIRO, PACIENTE APRESENTANDO DÉSORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE

Hora: 17:10

Paciente encaminhado do UPA para NCR. Vítima de colisão moto - carro. Estável hemodinamicamente. Refere cefaléia e náuseas, amnésia anterógrada. Abdome e tórax sem alterações ao exame físico. Glasgow 15.

Solicitado TC de crânio e avaliação NCR.

Alta da cirurgia geral.

AVisoar: SA. BMS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 19/09/2019

Blw

SAME FARQUHAR

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
<u>Nic</u>			
<u>Glasgow 15, sem défis</u>			
<u>Crânio normal</u>			
<u>125g SA-NIC</u>			

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

CID

Proc

Data: ____ / ____ /19. Hr: ____ : ____ Médico: _____

(Assinar e

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 20 de Setembro de 2019.
 (Assinar e
 Carimbar)

BMF 18.53

61.944

Vítima do acidente com
um moto, por os traumas ósseos
com fraturas contorcidas no
membro da 50 unidade no UPA.

Recepção para cirurgia geral
é que deve ser feita ATL.

Somente a DE FACE

20/09/19

Dr. Adilson Alves
CIRURGÃO DENTAL
CRM-RN 1176

Qua. 1326

BMF 19:28

pto estrela, fc se fez contra
fratura de paralelo seu nicho
sem deslocamento nif cef co

colifc conservado
Alt BMF cf orientação

Dr. Adilson Alves
CIRURGÃO DENTAL
CRM-RN 1176

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MORA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 19/11/2019

— SAMM ARQUIVO —

BMF

vitro desse o 2º quinze de
meto

Dra. Ana Rabelo Nascimento e Bouças
CRM/RN 9584

SE 97.500 m

Plant 45°

Bottom 45°

16.10.6

Detritos

Dra. Ana Rabelo Nascimento e Bouças
CRM/RN 9584

SE 100% SF 100% d10% l

SE 0% EU

Dra. Ana Rabelo Nascimento e Bouças
CRM/RN 9584

16.10.6
Detritos



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

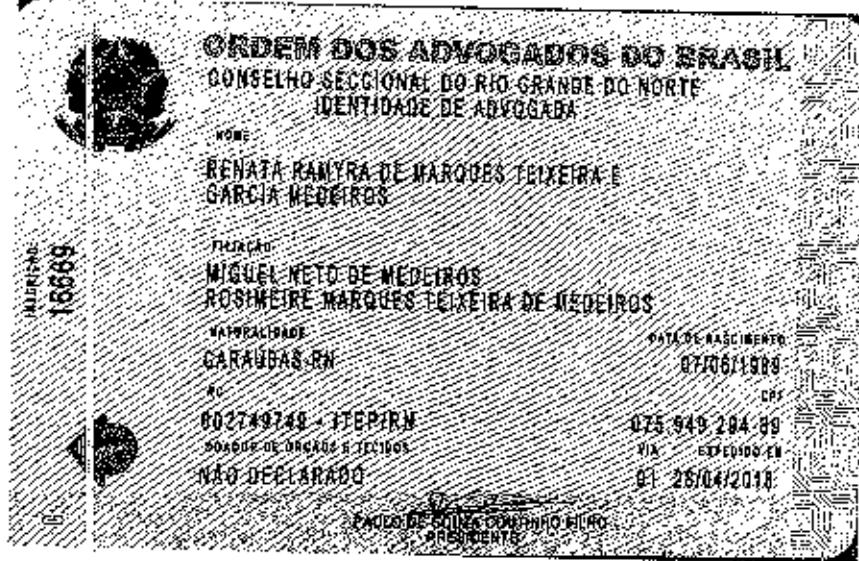
PREFEITURA

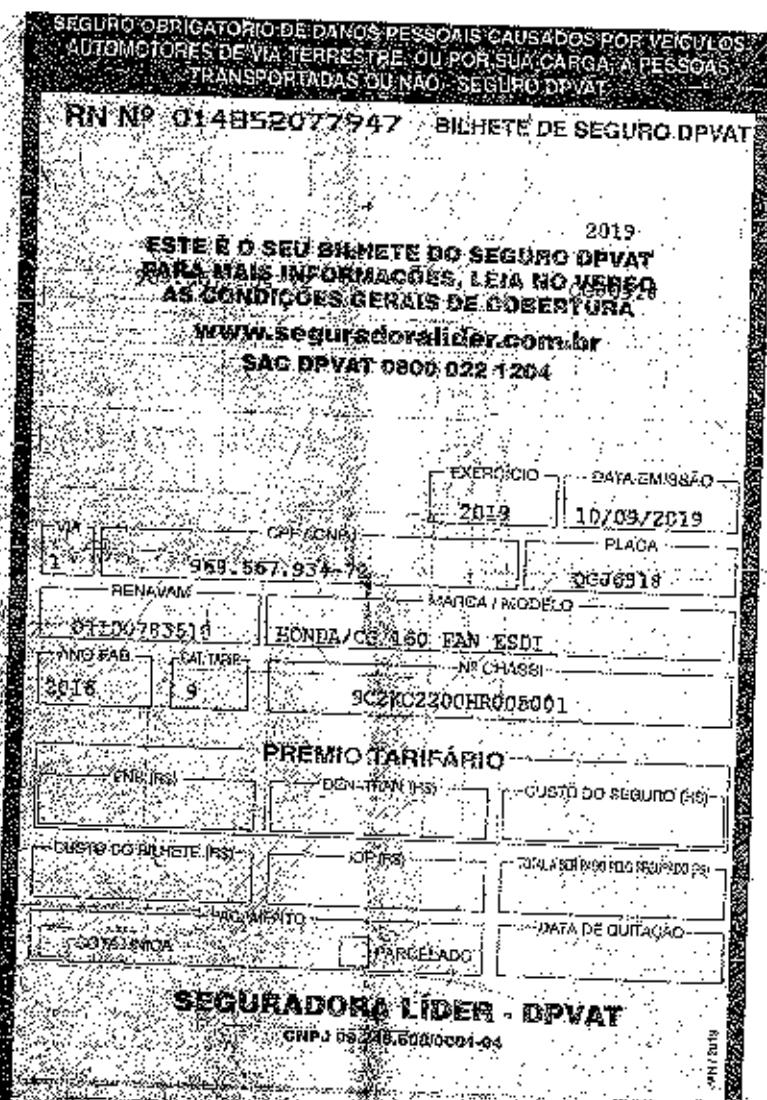
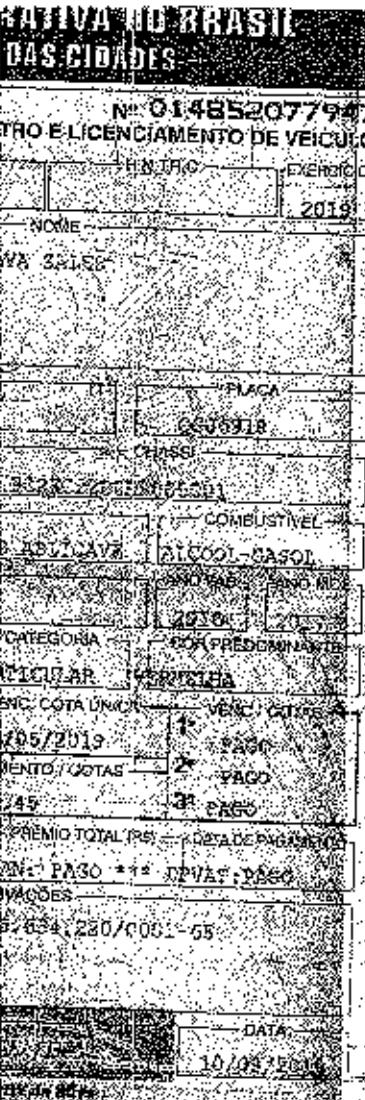
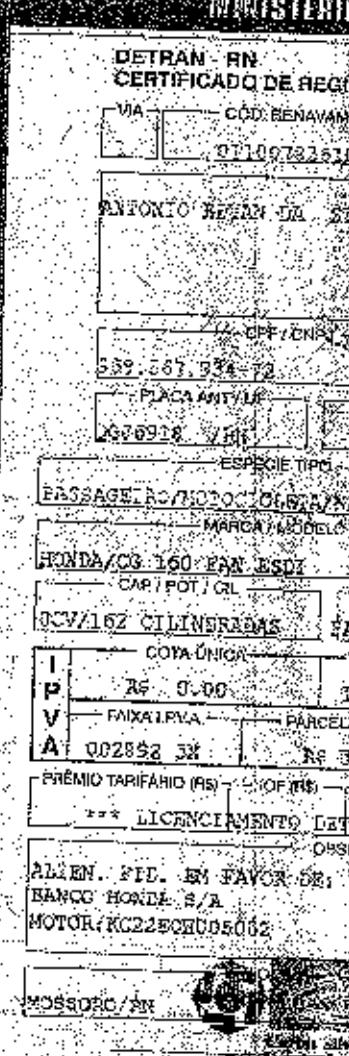
Do WTM,
Ensaio de Atos clínicos de
Sra Sales, 50 anos, vítima
de acidente de moto, levado por
populares, apresentando TCE
decreto, epistaxe, edema
e palpebra D.
Glossolalia (confusão), expressa
em alemão
MVT DIRA, SPOZ 96%
Hb, CT, BVF, Sigos FC: 86
escrevendo em MSS
Assinado Dr. Braga (Nome-
sobrenome) Dr. Ana Rafaela Nascimento (Assinatura)
Data: 20/9/15 MIRN 9564 (Cirurgia)
Assinatura e Carlinho

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISO PENA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
MME MOSSORÓ 19/11/2019

Blm
SAME / ARQUIVO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MEIA
ANTONIO ROVAN DA SILVA FATES

DOCUMENTO DE HABILITAÇÃO
001692154 1784 0000

CPF: 066.567.934-72 | 30/03/1959
NOME: FRANCISCO PEREIRA DE
SALES
MARIA RITA DA SILVA
FILHO

PERÍODO: 03/08/2000 | 16/06/2020 | 16/07/2006

PROVA DE HABILITAÇÃO
PROVA DE HABILITAÇÃO
PROVA DE HABILITAÇÃO

Local: MOSSORÓ, RN | Data: 17/05/2016
Assinatura do Examinador: 55605561019
RN702426673

DETTRAN - RN - RIO GRANDE DO NORTE

1157761707

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA RISCA / CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para devidos a difusão 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 da sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro. 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 RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.949.294 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO EDUARDO SILVA SALES inscrito (a) no CPF sob o N° 068.567.934 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antônio Eduvan da Silva Sales

inscrito (a) no CPF sob o N° 968.567.934 / 12 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro VERDADE fato de que sou proprietária da residência informada, conforme comprovação 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 DOS PEREIRAS

Número:

26

Complemento:

SALA 71

Bairro:

PARC. COSTA E SILVA

Cidade:

MOSSORÓ

Estado:

RN

CEP:

59.625.366

Email:

renata.ramyra@netmobil.com

Tel. (DDD):

(84)98805-8014

Local e Data: MOSSORÓ, RN, 11 DE DEZEMBRO DE 2019.

Renata Ramyra de U. T. G. Medeiros
Assinatura do Declarante

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:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

3 - CPF da vítima: 068567934-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES 6 - CPF: 068567934-72
7 - Profissão: ASG 7 - Endereço: RUA DELEGARIO FILALDEIRA LEAO
11 - Bairro: RINCÃO 12 - Cidade: MOSSOROS
15 - E-mail: umataxamiguel@hotmail.com 13 - Estado: RN 16 - Tel. (DDD): 184199666-8044
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 BANCARIOS: B) 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 (304)

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 01300030498

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 do requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei a opção:**

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme o art. 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vivinascos)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 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: Mossoros - RN 22/12/2014

Antônio Edívan da Silva LVR

Antônio Edívan da Silva LVR
Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1344833717

IMPRIMIR

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOS 150, BALDÓ
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055191-0

COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 20/04/02

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte - ARSEP 0800 727 0157 - Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JUCILEIDE NASCIMENTO DA
SILVA

ENDEREÇO

RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO 811
-RINCAO/AREA URBANA -59600-001
MOSSORÓ RN -

DATA DE VENCIMENTO

05/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 91,38

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

28/11/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/11/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

033795573

CONTA CONTRATO

7003077807

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO

29/10/2019 a 28/11/2019

CONSUMO

113

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 18,00 valor do Imposto R\$ 14,60

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7003077807

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 91,38

VENCIMENTO

05/12/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

B38000000009 913800384074 003077807205 013202455736



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190717546
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Edvan da Silva Sales
Endereço do(a) Examinado(a): Olegario Filgueira Leao, 811
Rincao Mossoro RN CEP: 59615-548
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001882164 em mento
Data local do acidente: [20/09/2019]
Data local do exame: [21/01/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO.
TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFÍCIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA.
LESÃO EM 2º QDD.**

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

**Tratamento: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO: SUTURA / FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO: TRATAMENTO CONSERVADOR.
LESÃO EM 2º QDD - SUTURA.
Data da Alta: 20/12/2019**

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

**TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADAS SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.
2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.**

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

Sim Não

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

Sim Não

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

TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADAS SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Elizabeth F. Tonello
Dra. Elizabeth Filardi Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 10:56 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:28

Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 16:13

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: rua-chico branco

Bairro: Rincão

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Governador Dix-Sept Rosado Sexo: Masculino Nasc: 30/03/1969

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Rita da Silva Filha

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1882164

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua- olegario figueira leandro

Nº: 811

Bairro: rincão

Nome Civil: JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 07/02/1981

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Jacira Francisco do Nascimento

Nome do Pai: Jose Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua- olegario figueira leandro

Nº: 811

Bairro: rincão

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 968.567.934-72

Placa: QGJ6918

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz

Impresso por: Regina Fátima Sertão

Data de Impressão: 27/11/2019 11:29

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

Renavam: 01100783510
Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001
Cor: VERMELHA
Município Veículo: Mossoró
Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Quantidade: 1 Unidade
Última Atualização Denatran: 31/10/2016

Número do Motor: KC22E0H005002
Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016
UF Veículo: Rio Grande do Norte
Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado?: Não
Situação: Envolvido
Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvidos
Antonio Edvan da Silva Sales	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

o declarante relata que conduzia o veículo citado na data hora e local mencionado conduzindo sua esposa de nome acima mencionado, quando se envolveram em um acidente de trânsito e ambos sofreram lesões corporais, o declarante relata que a perfeita de trânsito esteve no local e constatou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente bo, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovação do fato, uma vez que o presente boletim é apenas para solicitação de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Regina Fátima Santos
Agente da Polícia
Matrícula 63.592-0.
Responsável pelo Atendimento

Antonio Edvan da Silva Sales
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os efeitos da lei de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pela informação acima declarada e que podarei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme preceito nos Artigos 339-Cerimônia Calmada e 340-Comunicação Falsa da Crime da Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	068567934-72	ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES	

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:
ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES	068567934-72
7 - Profissão:	8 - Endereço:
ASG	RUA ALEGARIO FILHO/RAIA LEÃO
11 - Bairro:	12 - Cidade:
RINÇÃO	MOSSORÓ
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
monica.xomu4u@hotmail.com	84 99666-8044

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (41)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 01300000198	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informado, 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 regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vainas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da víma ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: Mossoró - RN 22/12/2019 Assinatura da testemunha
		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Antônio Edivan da Silva Lider
		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
		43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 5788 3637

ANTONIO EDVAN SILVA SALES
3064 013 00010758-0

VISA

Electron

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190717546 **Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES**

Data do Acidente: 20/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300010758-0

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, retorno 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,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 001300010758-0

Nr. da Autenticação 82713151FBBE1878

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTÔNIO EDUARDO DA SILVA SALES
Brasileiro(a), data do acidente: 20/09/2019, cobertura: INVALIDEZ
estado civil: CASADO profissão: AS6
Portador(a) do RG nº 002.382.164 e CPF nº 068.967.934-72
Residente e domiciliado na: RUA OLEGÁRIO FILgueira LEAO
nº 815 bairro: RINCÃO município: MOSSORÓ
estado: RN CEP: 59.625-003

OUTORGANDO: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS,
brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/RN 16.669, portadora do RG nº 002.749.749
SSP/RN e CPI nº 075.949.294-89, com escritório profissional na Rua dos Pereiros, 23,
Presidente Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-360. Telefone (84)99666-8044, email:
renataramyra@hotmail.com

PODERES: O OUTORGANTE 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, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referente ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró, 31 de DEZEMBRO de 2019.

* Antônio Eduan da Silva Sales
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466428/19

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

CPF: 968.567.934-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS : 075.949.294-89

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

ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES : 968.567.934-72

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 23/12/2019

Nome: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS
CPF: 075.949.294-89

Data do cadastramento: 23/12/2019

Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA ME

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DE SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.1-3(BAM) P.5(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DE SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X P.1-3(BAM) P.5(RELATÓRIO) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

DETRAN - RN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM

01109731511

Nº 014852077947

HABITAC

EXERCÍCIO

2019

ANTONIO RENAN J.A. 21

NOME: WA 34158

14 - CPF / CNPJ

559.567.934-72

PLACA ANTIGUA

906918 VTR

ESPECIE TIPO:

PASSEIO/AC/BI/DO/CO/OP/PA/VA

MARCA / MODELO:

HONDA/CG 160 FAN ESDI

CAR / POT / CIL:

CCV/162 CILINDRÍDAS

COTA ÚNICA:

R\$ 0,00

FAIXA IPVA:

PARCELO

AT 002892 3X 1 N° 3

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - COTAS (R\$)

*** LICENCIAMENTO (R\$)

OBS:

ALLEN. FED. EM FAVOR: SR.

BANCO HONDA S/A

MOTOR/KG225CHU05002

MOSSORÓ/RN

DATA: 10/04/2019

DATA DE VENCIMENTO:

10/04/2020

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RN Nº 014852077947 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURAwww.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO

2019 10/03/2019

PLACA

959.567.934-72

RENAVAM

91109783511

MARCA / MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESDI

Nº CHASSI

9C2KC2300HR005001

PRÉMIO TARIFÁRIO

PNEU (R\$) - DOLAR (R\$) - CUSTO DO SEGUIMENTO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IPVA (R\$) - TOTAL PRÉMIO (R\$) - DATA DE QUITAÇÃO

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PAGAMENTO - PARCELO -

COTAS (R\$) - PARCELO -

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.

Descrição do exame físico: TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADAS SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717546 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE- FCC EM MENTO. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO. TCE- SEGUNDO CONSTA EM PRONTUÁRIO: TC NORMAL, GLASGOW 15, SEM DEFICIT NA ADMISSÃO - ALTA DA NEUROCIRURGIA. LESÃO EM 2º QDD.

Descrição do exame físico: TRAUMATISMO DE FACE- APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA DE FACE (MAIS ELEVADO À ESQUERDA), AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS NA ARCADAS SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME.

Resultados terapêuticos: PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

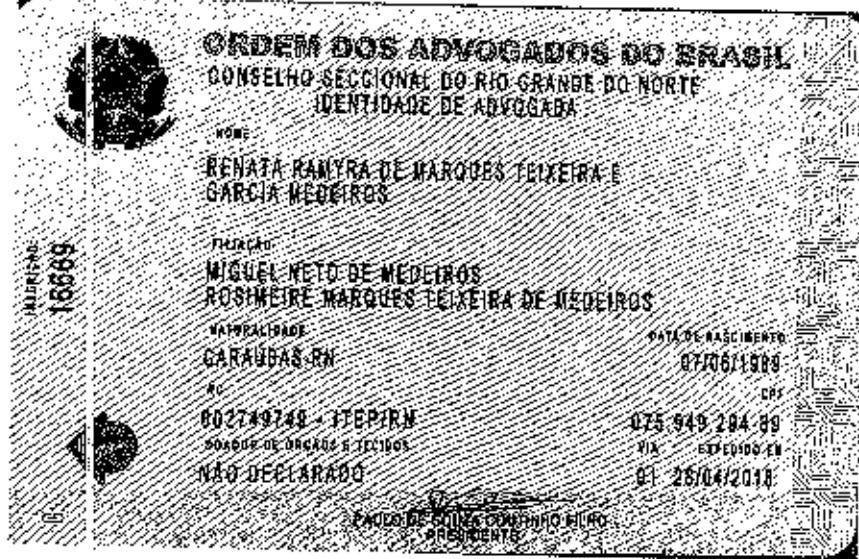
Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal de Saúde

SAMM 87015 57

FIGURE 12

卷之三十一

Unidade: UPA CONCHECITA CIARINI

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:		467472	Atendimento Nº:	714861
Nome: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES		Idade: 30/03/1969 (50a 5m)	Sexo:	Masculino
Cartão SUS:		Nome da Mae: MARIA RITA DA SILVA FILHA		Profissão:
Endereço (Rua/Av.):		Nº:	Complemento:	
Bairro:		Cidade:	Estado:	Telefone:
Clínica: CLÍNICA MEDICA		CPF do paciente:	Data:	Horas:
Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO		Rubrica Servidor:	20/09/2019	15:13
Assinatura do Paciente: KENIA ALANDA				
ACOOLHIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito Acolhimento com classificação de risco:				
Queixas:				
Antecedentes Alérgicos:				
HAS () DM: ()		Assinatura:	Classificação:	
ANAMNESE: paciente vítima de acidente de moto, frangueira no Abdômen, paciente não sabe informar que acidentou; não tem lesões ósseas.				
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: 36 PA: 160x140 FR: _____ Glasgow: _____ SpO2: 96 HGT: _____				
Glasgow 14 BEG, desorientado, agitado MV + SRA, ECG ST, RVF alterado equívoco e alguma hiperemia; estase lesões em h mês: friso costela em retro				
COMPLEMENTARES: ECG () Laboratório: () Radiológico: () ECG () Outros				
Hipótese de Diagnóstico: CID:				
Conduta: () Medicação () Observação () Leito para AIH Saída: Data/Hora _____ / _____ hs _____ : _____ h. () Alta referido para UBS () Óbito () Outra Unid. Urgência () Especialidade				
Médico: (Carimbo e Assinatura) Dra. Ana Raquel Alves Mazzucato e Souza, CRM-MG 11000				
() Internação no Hospital: NRTM				

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (60 a 5 m 21 d)
 Nascimento: 30/03/1969 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 CNS: 702806166161461 CPF: 86856793472 Prof:
 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES
 Logradouro: OLEGARIO FILgueira LEAO, 811 Cidade: MOSSORO
 CEP: 59649899 Bairro: RINCAO
 Telefone: 84.994295973 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
 Origem: SAMU.RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU		Classificação:		PESO:					
HORA	P.A.	IGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTOQUEIRO, PACIENTE APRESENTANDO DÉSORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE

Hora: 17:10

Paciente encaminhado do UPA para NCR. Vítima de colisão moto - carro. Estável hemodinamicamente. Refere cefaléia e náuseas, amnésia anterógrada. Abdome e torax sem alterações ao exame físico. Glasgow 15.

Solicitado TC de crânio e avaliação NCR.

Alta da cirurgia geral.

AVisoar: SA. BMS

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 19/09/2019

Blw

SAME FARQUHAR

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
<u>Nic</u>			
<u>Glaucosol 15, sem sifus</u>			
<u>Crânio normal</u>			
<u>125g SA-NR</u>			

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

CID

Proc.

Data: ____ / ____ /19. Hr: ____ : ____ Médico: _____

(Assinar e

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 20 de Setembro de 2019.
 (Assinar e
 Carimbar)

BMF 18.53

61.944

Vítima do acidente com
um ônibus, para trás. O acidente
com ônibus contou com 200
morte e 50 feridos no VPA.

Recepção para crianças Geral
é que que devem ser altas.

Somente 12 de face

20/09/19

Dr. Adilson Alves
CIRURGÃO DENTAL
CRM-RN 1176

Qua. 1326

BMF 19:28
pt. estrela, fc se fez contra
fratura de parede de seu maxilar E
sem deslocamento, apesar de haver
col. fts conservados
Altas BMF e orientações

Dr. Adilson Alves
CIRURGÃO DENTAL
CRM-RN 1176

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MELO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 19/11/2019

— SAMM ARQUIVO —

BMF

vitro desse é 2º quinzeau
metre

Dra. Ana Rabelo Nascimento e Bouças
CRM/RN 9584

SE 97.500 m

Plant 45°

Bottom 45°

16.10.6

Detritos

Dra. Ana Rabelo Nascimento e Bouças
CRM/RN 9584

SE 100% SF 100% d100 m

SE 0% EU

Dra. Ana Rabelo Nascimento e Bouças
CRM/RN 9584

16.10.6
Detritos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTÔNIO EDUARDO DA SILVA SALES
Brasileiro(a), data do acidente: 20/09/2019, cobertura: INVALIDEZ
estado civil: CASADO profissão: AS6
Portador(a) do RG nº 002.382.164 e CPF nº 068.967.934-72
Residente e domiciliado na: RUA OLEGÁRIO FILgueira LEAO
nº 815 bairro: RINCÃO município: MOSSORÓ
estado: RN CEP: 59.625-003

OUTORGANDO: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS,
brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/RN 16.669, portadora do RG nº 002.749.749
SSP/RN e CPI nº 075.949.294-89, com escritório profissional na Rua dos Pereiros, 23,
Presidente Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-360. Telefone (84)99666-8044, email:
renataramyra@hotmail.com

PODERES: O OUTORGANTE 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, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referente ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró, 31 de DEZEMBRO de 2019.

* Antônio Eduan da Silva Sales
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466428/19

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

CPF: 968.567.934-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS : 075.949.294-89

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

ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES : 968.567.934-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/12/2019
Nome: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS
CPF: 075.949.294-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA ME

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717546

Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190717546 **Vítima: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES**

Data do Acidente: 20/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 001300010758-0

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, retorno 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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	068567934-72	ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES	

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:
ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES	068567934-72
7 - Profissão:	8 - Endereço:
ASG	RUA ALEGARIO FILgueira LEÃO
11 - Bairro:	12 - Cidade:
RINÇÃO	MOSSORÓ
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
monica.xomu4u@hotmail.com	84 99666-8044

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (41)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 01300000198	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informado, 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 regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vainas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da víma ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: Mossoró - RN 22/12/2019 Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 5788 3637

ANTONIO EDVAN SILVA SALES
3064 013 00010758-0

VISA

Electron



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2019 10:56 Data/Hora Fim: 27/11/2019 11:28

Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 16:13

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Logradouro: rua-chico branco

Bairro: Rincão

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Governador Dix-Sept Rosado Sexo: Masculino Nasc: 30/03/1969

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Rita da Silva Filha

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1882164

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua- olegario figueira leandro

Nº: 811

Bairro: rincão

Nome Civil: JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 07/02/1981

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Jacira Francisco do Nascimento

Nome do Pai: Jose Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua-olegario figueira leandro

Nº: 811

Bairro: rincão

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 968.567.934-72

Placa: QGJ6918

Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz

Impresso por: Regina Fátima Sertão

Data de Impressão: 27/11/2019 11:29

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 063078/2019

Renavam: 01100783510
Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001
Cor: VERMELHA
Município Veículo: Mossoró
Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Quantidade: 1 Unidade
Última Atualização Denatran: 31/10/2016

Número do Motor: KC22E0H005002
Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016
UF Veículo: Rio Grande do Norte
Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado?: Não
Situação: Envolvido
Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvidos
Antonio Edvan da Silva Sales	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

o declarante relata que conduzia o veículo citado na data hora e local mencionado conduzindo sua esposa de nome acima mencionado, quando se envolveram em um acidente de trânsito e ambos sofreram lesões corporais, o declarante relata que a perícia de trânsito esteve no local e constatou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente bo, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovação do fato, uma vez que o presente boletim é apenas para solicitação de seguro DPVAT. Nada mais disse.

ASSINATURAS

Regina Fátima Santos
Agente de Polícia
Matrícula 63.592-0
Responsável pelo Atendimento

Antonio Edvan da Silva Sales
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os efeitos da lei de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pela informação acima declarada e que podarei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme preceito nos Artigos 339-Cerimônia Calmada e 340-Comunicação Falsa da Crime da Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

3 - CPF da vítima: 068567934-72

4 - Nome completo da vítima: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES 6 - CPF: 068567934-72
7 - Profissão: ASG 7 - Endereço: RUA DELEGARIO FILALDEIRA LEAO
11 - Bairro: RINCÃO 12 - Cidade: MOSSOROS
15 - E-mail: umataxamiguel@hotmail.com 13 - Estado: RN 16 - Tel. (DDD): 184199666-8044
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 BANCARIOS: B) 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 (304)

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 01300030498

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 do requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei a opção:**

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 prazo equivalente 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme o art. 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vivinascos)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 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: Mossoros - RN 22/12/2014

Antônio Edívan da Silva LVR

Antônio Edívan da Silva LVR
Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)