

# 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 ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇ-ES 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 TERAPÊUTICA. 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 Vitimas 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 DEFICIT 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 ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES ES FUNCIONAIS AO EXAME.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
( X ) Sim ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
( X ) 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 ARCADA 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):                      |
| <b>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</b> |   |
| % do dano: ( X ) 10% residual ( ) 25% leve          | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo     | ( ) 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

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

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 8h às 20h)  
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04  
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para dúvidas sobre auditoria e de falas): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 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://www2.susep.gov.br/BI/OUTROS/WEB/DOCCORRIGINAL.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 da 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.

\* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. \* 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 9.613/18.

Pelo exposto, eu RENATA RANNEY DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.949.294 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES inscrito (a) no CPF sob o nº 968.567.934 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

inscrito (a) no CPF sob o nº 968.567.934 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: — e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro, sob as penas da Lei nº 9.613/18, que as informações prestadas são verdadeiras e corretas. A falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA DOS PERCEIROS</u>		Número: <u>26</u>	Complemento: <u>SALA 71</u>
Bairro: <u>PRCS. COSTA E SILVA</u>	Cidade: <u>MOSSORÓ</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59.625-366</u>
E-mail: <u>renata.ranney@netmail.com</u>		Tel. (DDD): <u>(84) 99886-8044</u>	

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

Renata Ranney de M. T. G. Medeiros  
Assinatura do Declarante

UPA - Conceição Clarilini  
Confere com o original  
Mossoró - RN 08/10/19

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

SAMPA  
SUS

Unidade: UPA CONCEICITA CIARLINI

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 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA

Profissão:

Endereço (Rua/Av.):

Nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Clinica:

CLINICA MEDICA CFE do paciente: 968.567.934-72

Data:

Hora:

Motivo da Procura:

20/09/2019 15:3

PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:

KENIA ALANDA

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: ( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS ( ) DM: ( )

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

paciente vítima de acidente de moto, trazido por populares; paciente não sabe informar o que aconteceu; não sabe se ferido.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Temperatura:

F.C.:

30

P.A.:

160x100

F.R.:

Glasgow:

SpO2: 96

HGT:

Glasgow 15; BEG, desidratado, limpo; MV + SIRA, LCR AT, BVE e lungs; exame em abdome e membros E; exame de consciência em NMSS - nível cefálico em nível.

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG

( ) Outros

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Conduta:

( ) Medicação

( ) Observação

( ) Laudo para AIL

Saída: Data/Hora: / /

às: : h.

( ) Alta referido para UBS

( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência

( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

NATH.

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Silva  
CRM/RN 9564

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (50 a 5 m 21 d)  
 Nascimento: 30/03/1969 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
 CNS: 702806186161461 CPF: 96856793472 Prof.  
 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES  
 Logradouro: OLEGARIO FILIZUEIRA LEO, 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:  
 20/09/2019 16:51:17

PESO:

HORA	P.A.	IGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: COLISAO MOTOQUEIRO, PACIENTE APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE  
 Hora: 17:10

Paciente encaminhado da UPA para NCR. Vítima de colisão moto-carro.  
 Estável hemodinamicamente. Refere cefaleia 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.

AValiação da BMA

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

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
NCR			
Glasgow 15, sem déficit			
TC crânio normal			
Alta da NCR			

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

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

BMF 18:53

61.949

Vítima de acidente com  
motocicleta, porta trauma facial  
com ferida contusiva no  
mentu da suturada na UPA.

Recebido pela Unidade Geral  
e um que devam alta.

Somente TC de Face

20/09/19

Dr. João Paulo Siqueira  
Cirurgião Especialista em  
Otorrinolaringologia

Proi. 1326

BMF 19:29

TC de face apertado  
fratura de parietal de seu maxilar (E)  
sem deslocamento significativo

col. Tfs conservados  
Alta BMF e orientações

Dr. Adriano Albuquerque  
Cirurgião Especialista em  
Otorrinolaringologia

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO PIAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 19/11/2019

SANE / ARQUIVO



milho } lesão a 2ª quinzena  
meta

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças  
CRM/RN 9584

SF 0,9% 500 ml

Plant 6 SF

Exame 6 SF

Ultima

FA

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças  
CRM/RN 9584

AB 20u

Audiomas

Tend 100x JFA + 100 ml de 100 ml

SF 0,9% EU

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças  
CRM/RN 9584

AB 23u  
Audiomas



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Do NCTM,

Encaminha Ato de Emissão de  
Sole Sales, 50 anos, vítima  
de acidente de moto, trazido por  
populares, apresentando TCE,  
desmoro, epistaxe e edema  
em membro D.

Exame em (conferência), exame  
em acidente

MV+ DIRA, SPO2 96%

ECG, RT, BNF, Sinais FC: 86

exames em MMSS

Examinado com Dr. Bruno (neuro-  
cirurgista)

Data: 20/9/15

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Bouças  
CRM 9554

Assinatura e Carimbo

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO FARIAS  
ESTÁ CONFORME ORIGINAL  
CAME MOSSORÓ 19/11/2019

SAME / ARQUIVO



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mirnaez, 150, Delfino, Natal - RN, CEP 50025-150  
CNPJ nº 06.928.108/0001-21 | Insc. Est. 20055199-8 | [www.ceremr.com.br](http://www.ceremr.com.br)

PAGOS DO CLIENTE  
ROGER AN PINHEIRO DINIZ

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA:  
TIA DOS PEREIRAS, 23 SL-11

CPF: 067.981.894-45

PRESIDENTE COSTA E SILVA/ARF/URB  
MOSORO RQ  
59625-380

**CLASSIFICAÇÃO**

ES COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

023557228	CRICA	22-03-2019
030603019	3010840959	200668

COCHA CONTRACT	RECEIVED
7014344637	05/2018
BUDA CC VENDOR	DATE RECEIVED: 05/04/2018
10/05/2019	04/06/2019
TOKA A VENDOR	48 88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Idwuj(AVH)  
Arrecimio Bndim AMARELA  
Contab. Num. Fábica Municipal

ХАРАКТЕРИСТИКА	ПРОЦЕНТ (%)	ВАЛЮТА РУБ.
60% и выше	15,66850229	49,78
		0,00
		4,01

TOTAL DATAURA

48 307

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE TA MOTA FISCAL

Nº DO MOTOR	TIPO DE FUNDO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CORRENTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
2-0251430	CAF	30/06/2019	242,00	08/07/2019	310,00	28	1,20000		85,00

[illegible]

AB 19 71

18 88 362000000 2 48880038407 4 0143463720 4 012250619 3 6

BC57 5854 DL6 B108.57CH EEBD

000 THE DRAGONER REPORTS

[illegible][illegible][illegible][illegible]

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14823480

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.506/84)

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

16869

ORDEN DOS ADVOCADOS DO BRASIL  
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME  
RENATA RANYRA DE MARQUES TEIXEIRA E  
GARCIA MEDEIROS

FILIAÇÃO  
MIGUEL NETO DE MEDEIROS  
ROSINEIRE MARQUES TEIXEIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE  
CARAUBAS RN

DATA DE NASCIMENTO  
07/06/1989

CPF  
075.949.284-89

RG  
802749748 - ITPIRM

DATA DE EMISSÃO  
01/26/04/2018

EXPIRADO EM

NÃO DECLARADO

PAULO DE SOUZA CORREIA NETO  
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014852077947

VIA COD. RENAVAM 2019 EXERCÍCIO  
01109721810 2019

NOME  
ANTONIO REZAN DA SILVA 32158

PLACA  
GGJ6918

PLACA ANT./UF  
GGJ6918 RJ

ESPECIE TIPO  
PASSAGEIRO/MOTOR/OLATA/MARCA/MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESDI

CCV/162 CILINDRADAS

COTA ÚNICA  
R\$ 0,00

FAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS  
002852 34 R\$ 3 445

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
\*\*\* LICENCIAMENTO LET

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: BANCO HONDA S/A MOTOR/KC220CHRO05001

MOSSORO/RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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 COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 10/09/2019

VIA CPF/CNPJ PLACA  
1 959.567.934-72 GGJ6918

RENAVAM MARCA / MODELO  
01109721810 HONDA/CG 160 FAN ESDI


ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI  
2018 9 9C2KC220CHRO05001

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) DEN-TRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) OP (R\$) TOTAL DO BILHETE (R\$)

COSELECÇÃO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COSELECÇÃO PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
GNPJ 052485000001-04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CAMPIRA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO	
ANTONIO JOVANA DA SILVA SALES	
	Documento de Identificação 001882164 1728 RM
	Data de Nascimento 968/567.934-72 30/03/1969
	Nome do Titular FRANCISCO DE PETRA DE SALES
	Nome da Mãe MARIA RITA DA SILVA
Sexo MASCULINO	
Estado Civil CASADO	
Profissão AD	
Registro 03286755550	
Validade 16/06/2020	
Emissão 18/01/2006	
Observações	
Assinatura do Titular	
Local MOSSORO, RN	
Data de Emissão 17/05/2015	
Assinatura do Registrador 55605581019 RN702426673	
DETRAN - DEPARTAMENTO DE TRANSITO DO RIO GRANDE DO NORTE	

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 8h às 20h)  
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04  
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para dúvidas sobre autos e de falas): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 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://www2.susep.gov.br/BI/OUTROS/WEB/DOCCORRIGINAL.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 da 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.

\* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. \* 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 9.613/18.

Pelo exposto, eu RENATA RANNEY DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.949.294 / 89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES inscrito (a) no CPF sob o nº 968.567.934 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

inscrito (a) no CPF sob o nº 968.567.934 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: — e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro, sob as penas da Lei nº 9.613/18, que as informações prestadas são verdadeiras e corretas. A falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA DOS PERCEIROS</u>		Número: <u>26</u>	Complemento: <u>SALA 71</u>
Bairro: <u>PRCS. COSTA E SILVA</u>	Cidade: <u>MOSSORÓ</u>	Estado: <u>RN</u>	CEP: <u>59.625-366</u>
E-mail: <u>renata.ranney@netmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>(84) 99886-8044</u>

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

Renata Ranney de M. T. G. Medeiros  
Assinatura do Declarante

**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica - Carta para 16 10.438 de 26/04/2012

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL**

Companhia Energética de Rio Grande do Norte  
Rua Mariz, 500, Dadas, Natal - RN, CEP 59025-150  
CNPJ 08.324.108/0001-21 | Inscr. Est. 20055195-R | www.cosern.rn.br

**DADOS DO CLIENTE**  
ROGERIAN PINHEIRO DINIZ

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA DOS PEREIRAS 23 SL-11

CPF: 057.481.894-45

PRESIDENTE COSTA E SILVA ARFA UREA  
MOSSORÓ RN  
59625-380

**CLASSIFICAÇÃO**

ES COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

NUMERO DE CONTADOR	UNIDADE	DATA DE INÍCIO
023557228	UNICA	02/03/2019
NUMERO DE CONTADOR	UNIDADE	DATA DE INÍCIO
03000019	3010H0959	02/03/2019

CONTA CONTINUA	RECORRER
7014344637	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
10/05/2019	04/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	48,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (kWh)	60,000000	0,6650228	40,78
Atendimento Especializado			0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,01
<b>TOTAL DATAURA</b>			<b>48,80</b>

PERÍODO DE CONSUMO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
02/03/2019	02/03/2019	24270	09/05/2019	71050	29	1,0000		60,00

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01

UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00	Consumo (kWh)	60,00
Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00	Atendimento Especializado	0,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01	Contrib. Ilum. Pública Municipal	4,01



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ 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: ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES 6 - CPF: 068567934-72  
7 - Profissão: ASG 8 - Endereço: RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEÃO 9 - Número: 811 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: RINCÃO 12 - Cidade: MOSSORÓ 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-001  
15 - E-mail: namoraamora@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 184199666-8044

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 COISA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ B. 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)

AGÊNCIA: 0004 COISA: 01300010768

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 custas da Seguradora Líder 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: ☐ 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 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(vivencas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSORÓ - RN 22/12/2019  
Antonio Edivan da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - 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 NORTE**

RUA MERMOSZ, 150, BALDO  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 05.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055191-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02

Ligações Gratuitas:

-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 Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>JUCILEIDE NASCIMENTO DA SILVA</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>05/12/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 28/11/2019	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>7003077807</b>
<b>ENDEREÇO</b> RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO 811 -RINCAO/AREA URBANA -59600-001 MOSSORO RN -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 91,38</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 28/11/2019	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico B1
		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 033795573	

<b>PERÍODO CONSUMO</b> 29/10/2019 a 28/11/2019	<b>CONSUMO</b> 113
---	-----------------------

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

<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 7003077807	<b>MÊS/ANO</b> 11/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 91,38	<b>VENCIMENTO</b> 05/12/2019	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838000000009 913800384074 003077807205 013202455736



**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 DEFICIT 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 ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES ES FUNCIONAIS AO EXAME.**
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**( X ) 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 ARCADA 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 (\*).  

<b>( ) "Vítima em tratamento"</b> <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i>	<b>( ) "Sem sequela permanente"</b> <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| <b>Região Corporal (Sequela):</b><br><b>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</b><br>% do dano: <b>( X ) 10% residual</b> ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | <b>Região Corporal (Sequela):</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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

  
**Dra. Elizabeth F. 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 do 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- 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-olegário figueira leandro  
Bairro: rincão

Nº: 811

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 Francisca do Nascimento Nome do Pai: Jose Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: rua-olegário figueira leandro  
Bairro: rincão

Nº: 811

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 968.567.934-72

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa QGJ6918



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz  
Impresso por: Regina Fátima Santos  
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

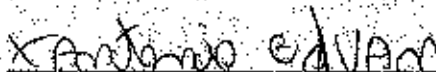
Renavam: 01100783510	Número do Motor: KC22E0H005002
Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001	Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Mossoró	Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 31/10/2015	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Edivan 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 perita de trânsito esteve no local e confeccionou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente bo, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovamento 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 83.592-0.  
Responsável pelo Atendimento

  
Antonio Edivan da Silva Sales  
(Último / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima relacionadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Deturcação Caluniosa e 240-Dominação Falsa da Prova ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ 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:

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

6 - CPF:

068567934-72

7 - Profissão:

ASG

8 - Endereço:

RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEÃO

9 - Número:

811

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RINCAO

12 - Cidade:

MOSSOROS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59600-003

15 - E-mail:

antonioedivan@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

84199666-8044

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (41)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 013000307458

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 informado, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo, 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 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSOROS - RN 22/12/2019

Antonio Edivan da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**CAIXA**

POUPANCA

4392 6718 5798 9832

ANTONIO EDVAN SILVA SALES

3084 013 00010758-0 10/24

**VISA**

Electron

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, 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,





---

**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

---

**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 EDIVAN DA SILVA SALES  
Brasileiro(a), data do acidente: 20/09/2019, cobertura: INVALIDEZ  
estado civil: CASADO, profissão: ASG  
Portador(a) do RG nº 003.882.164 e CPF nº: 968967934-72  
Residente e domiciliado na: RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO  
nº 813, bairro: RINCAO, município: MOSSORÓ  
estado: RN, CEP: 59.600-003

**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 CPF 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, 33 de DEZEMBRO de 20 19.

1º OFÍCIO DE

x Antônio Edivan 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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/09/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

**CPF de:** Próprio

## 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](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: 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

# 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 TERAPÊUTICA. 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 TERAPÊUTICA. 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014852077947

VIA COD. RENAVAM 2019 EXERCÍCIO  
01109721810 2019

NOME  
ANTONIO REZAN DA SILVA 38158

PLACA  
989.567.934-72

ESPECIE TIPO  
PASSAGEIRO/MOTOR/OLATO/AVIÃO

MARCA / MODELO  
HONDA / CG 160 FAN ESDI

CAP / POT / CL  
10CV/162 CILINDRADAS

COTA ÚNICA  
R\$ 0.00

FAIXA / PVA  
002852 3X

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
\*\*\* LICENCIAMENTO LET

ALLEN. FID. EM FAVOR DE  
BANCO HONDA S/A

MOTOR/KC220CHRO05001

MOSSORO/RN

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
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 COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 10/09/2019

VIA CPF / CNPJ  
1 989.567.934-72

RENAVAM MARCA / MODELO  
01109721810 HONDA / CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI  
2018 9 9C2K0220CHRO05001

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) DEN-TRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) COT (R\$) TOTAL DO BILHETE (R\$)

COSELMICA PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
GNPJ 05248.5000001-04

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019

DATA  
10/09/2019



# 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 ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇ-ES 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 ARCADA SUPERIOR, DEBILIDADE À MASTIGAÇÃO. REFERE PARESTESIA EM HEMIFACE ESQUERDA. SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS. 2QDD- QUEIXA SUBJETIVA DE PARESTESIA. SEM OUTRAS ALTERAÇ-ES 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

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14823480

IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.506/84)

ASSINATURA DO PORTADOR

OBSERVAÇÕES

16869

ORDEN DOS ADVOCADOS DO BRASIL  
CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME  
RENATA RANYRA DE MARQUES TEIXEIRA E  
GARCIA MEDEIROS

FILIAÇÃO  
MIGUEL NETO DE MEDEIROS  
ROSINEIRE MARQUES TEIXEIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE  
CARAUBAS RN

DATA DE NASCIMENTO  
07/06/1989

CPF  
075.949.284-89

RODADA DE ORÇAMENTO E FECHOS  
NÃO DECLARADO

VIA - EXFEDIDO EM  
01 26/04/2018

PAULO DE OLIVEIRA CORREIA NETO  
PRESIDENTE

UPA - Conhecita Clarilini  
Confere com o original  
Mossoró - RN 08/10/19

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

SAMU 192

Unidade: UPA CONCECITA CIARLINI

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 Mãe:

MARIA RITA DA SILVA FILHA

Profissão:

Endereço (Rua/Av.):

Nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Clinica:

CLINICA MEDICA

CPE do paciente: 968.567.934-72

Data:

20/09/2019

Hora:

15:3

Motivo da Procura:

PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:

KENIA ALANDA

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO

( ) Emergência

( ) Urgência

( ) Não Urgência

( ) Acidente de Trabalho

( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS ( ) DM: ( )

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

paciente vítima de acidente de moto, trazido por populares; paciente não sabe informar o que aconteceu; não sabe se caiu.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Temperatura:

F.C.:

80

P.A.:

160x100

F.R.:

Glasgow:

SpO2: 96

HGT:

Glasgow 15

MV + SIRA

ECG AT. BVP e LAD

exame

em abdome inferior E; expulsa

do conteúdo

em MSS - leve colico em nabo

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG

( ) Outros

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Conduta:

( ) Medicação

( ) Observação

( ) Leito para A/H

Saída: Data/Hora

/ / às

h.

( ) Alta referido para UBS

( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência

( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

NATH.

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Silva

CRM/RN 9564

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 36779 - ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES (50 a 5 m 21 d)  
 Nascimento: 30/03/1969 Natural: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
 CNS: 702806166161461 CPF: 96856793472 Prof.  
 Mãe: MARIA RITA DA SILVA FILHA Pai: FRANCISCO PEREIRA DE SALES  
 Logradouro: OLEGARIO FILIZUEIRA 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:  
 20/09/2019 16:51:17

PESO:

HORA	P.A.	IGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: COLISAO MOTOQUEIRO, PACIENTE APRESENTANDO DESORIENTAÇÃO, TRAUMA EM FACE  
 Hora: 17:10

Paciente encaminhado da UPA para NCR. Vítima de colisão moto-carro.  
 Estável hemodinamicamente. Refere cefaleia 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.

AValiação da BMA

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

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
NCR			
Glasgow 15, sem déficit			
TC crânio normal			
Alta da NCR			

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

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

BMF 18:53

61949

Vítima de acidente com  
motocicleta, porta trauma facial  
com ferida contusiva no  
mentu da suturada na UPA.

Recebido pela Unidade Geral  
e um que devam alta.

Somente TC de Face

20/09/19

Dr. João Paulo Siqueira  
Cirurgião Especialista em  
Otorrinolaringologia

Proi. 1326

BMF 19:29

TC de face apertado  
fratura de parietal de seu maxilar (E)  
sem deslocamento significativo

col. Tfs conservados  
Alta BMF e orientações

Dr. Adriano Albuquerque  
Cirurgião Especialista em  
Otorrinolaringologia

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO PIAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORÓ 19/11/2019

SANE / ARQUIVO

milho } lesão a 2ª quinzena  
meta

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças  
CRM/RN 9584

SF 0,9% 500 ml

Plant 6 SF

Exame 6 SF

Ultima

FA

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças  
CRM/RN 9584

AB 20u

Audiomas

Tend 100x JFA + 100 ml de 100 ml

SF 0,9% EU

Dra. Ana Raíssa Nascimento e Bouças  
CRM/RN 9584

AB 23u  
Audiomas



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Do NCTM,

Encaminha Ato de Edeu de  
Sile Sales, 50 anos, vítima  
de acidente de moto, trazido por  
populares, apresentando TCE,  
desmoro, epistaxe e edema  
em membro D.

Exame em (conferência), exame  
em acidente

MV+ DIRA, SPO2 96%

RCR, RT, BVF, SPO2 FC: 86

exames em MMSS

Examinado com Dr. Bruno (neuro-  
cirurgista)

Data: 20/9/15

Dra. Ana Rafaela Nascimento e Souza  
CRM 9554

Assinatura e Carimbo

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO PARRA  
ESTÁ CONFORME ORIGINAL  
CAME MOSSORÓ 19/11/2019

SAME / ARQUIVO



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ANTÔNIO EDIVAN DA SILVA SALES  
Brasileiro(a), data do acidente: 20/09/2019, cobertura: INVALIDEZ  
estado civil: CASADO, profissão: ASG  
Portador(a) do RG nº 003.882.164 e CPF nº: 968967934-72  
Residente e domiciliado na: RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEAO  
nº 813, bairro: RINCAO, município: MOSSORÓ  
estado: RN, CEP: 59.600-003

**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 CPF 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, 33 de DEZEMBRO de 20 19.

1º OFÍCIO DE REGISTRO

x Antônio Edivan 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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/09/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO EDVAN DA SILVA SALES

**CPF de:** Próprio

## 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](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: 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

---

**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

---

**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

**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, 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,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ 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:

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

6 - CPF:

068567934-72

7 - Profissão:

ASG

8 - Endereço:

RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEÃO

9 - Número:

811

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RINCAO

12 - Cidade:

MOSSOROS

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59600-003

15 - E-mail:

antonioedivan@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

84199666-8044

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (41)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3064

CONTA: 013000307458

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 informado, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo, 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 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:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSOROS - RN 22/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**CAIXA**

POUPANCA

4392 6718 5798 9832

ANTONIO EDVAN SILVA SALES

3084 013 00010758-0 10/24

**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 do 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- 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-olegário figueira leandro  
Bairro: rincão

Nº: 811

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 Francisca do Nascimento Nome do Pai: Jose Alves da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2176720

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: rua-olegário figueira leandro  
Bairro: rincão

Nº: 811

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 968.567.934-72

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa QGJ6918



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz  
Impresso por: Regina Fátima Santos  
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

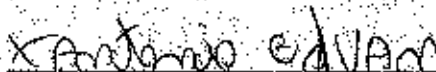
Renavam: 01100783510	Número do Motor: KC22E0H005002
Número do Chassi: 9C2KC2200HR005001	Ano/Modelo Fabricação: 2017/2016
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Rio Grande do Norte
Município Veículo: Mossoró	Marca/Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 31/10/2015	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Edivan 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 perita de trânsito esteve no local e confeccionou um laudo, não havendo portanto, a necessidade da confecção do presente bo, uma vez que ninguém dessa unidade esteve no local para comprovamento 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 83.592-0.  
Responsável pelo Atendimento

  
Antonio Edivan da Silva Sales  
(Última / Comunicante)

Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima relacionadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente ocorrência que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Dominação Calúnia e 240-Dominação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ 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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ANTONIO EDIVAN DA SILVA SALES

068567934-72

ASG RUA OLEGARIO FILGUEIRA LEÃO

811 CASA

RINCÃO MOSSORÓ

RN 59600-003

184199666-8044

namora@gmail.com

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 COISA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ 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 (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0004 COFITA: 01300010768

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 custas da Seguradora Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vivencas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MOSSORÓ - RN 22/12/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)