



Número: **0809643-27.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57829 429	20/07/2020 21:53	2736820_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000020453-3

Nr. da Autenticação C261948241D9502D



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200091844 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA

Descrição do exame físico: DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: PERICIADA APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000755**

Conta: **0000020453-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

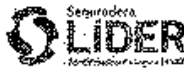
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-05 | Central Ouditoria: 0800-022-91-31

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/DOC/ORIGINAL.ASP?ext=0-15&CODIGO=28036>

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 de 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.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 9.033/98.

Pelo exposto, eu Renanly Lenilson Lucio da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 074999384-40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Angelica Sonally P. de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 046637753-30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Angelica Sonally P. de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 046637753-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Coronel Gurgel</u>	Número: <u>330</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Alto da Conceição</u>	Cidade: <u>Itororó</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>59600-200</u>	Inscrição: <u>084199827-0066</u>	

Local e Data: Itororó - PE 31/12/19

Renanly Lenilson Lucio da Silva
Assinatura do Declarante

PLDIR-001 V003/2017



Admissão: 25/11/2019 17:27:44

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 53393 - ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA (29 a 1 m 7 d)

Nascimento: 18/10/1990

Natural: QUIXERE.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700505737876454

CPF: 04663775330

Prof:

Mãe: MARIA ELENI PEREIRA DE SOUSA

Paí: ANTONIO FERNANDES DE SOUSA

Logradouro: CORONEL GURGEL, 110

Cidade: MOSSORO

CEP: 59600322

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

Telephone: 84.92136063

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

25/11/2019 17:19:53

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO MOTO-CARRO, DOR EM REGIÃO CLAVICULAR E

Horas: 17:35

Horas: 17:35

Paciente vítima de colisão carro-ciclo há cerca de 30 min. Refere que
perdeu controle no momento do acidente. Foi trazido pelo SAMU de imediato,
após ingestão de Bolus de Ativação. Não subseqüente do nível de consciência,
náuseas ou vômitos. Não apresenta ferimentos externos ou abdominais ao exame
físico.

emila

- A - Vias brancas, com mielinização
- B - Audo dilatações, sem nervos autônomo
- C - Transmissão elétrica, PCR em 27, BNF, sem sinais
- D - Oligodendrocytes, papilas intrínsecas e foliáceas, sem afecção motor ou sensorial
- E - Lesões isoladas em membros inferiores

Diagn. Inicial: *Tuberculose*

Diagn. Inicial:	Diagn. Final:	PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
		Solicito Rx de elevação esquerda + avaliação do oto- reína/rinomatológica Solicito Rx de coluna Toraco-lombar T1 até L4 em 2 v. ABD, EV, Agnora Diplopia esquerda - 2m + 8m ABD, EV, Agnora		18	130/80
		<i>[Signature]</i> HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO NIMA ESTA CONFORME O ORIGINAL SANE MOZBORO 03/12/2019 <i>[Signature]</i> Dr. Paulo Roberto A. Mendes R. 107/105 C. 107/105 SAME / ARQUIVO			

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

CID

Proc.

Data: ____/____/19. Hr: ____:

Médico:

Assinire

CID _____ Proc. _____ Data. _____ 13/11/2019
*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 25 de Novembro de 2019.
Carlmar



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:53:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021533674700000055547522>

Número do documento: 20072021533674700000055547522



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67368 /2019

Admissão: 25/11/2019 17:27:44

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 53393 - ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA (29 a 1 m 7 d)

Nascimento: 18/10/1990

Natural: QUIXERE-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700505737876454

CPF: 04663775336

Prof:

Mãe: MARIA ELENI PEREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO FERNANDES DE SOUSA

Logradouro: CORONEL GURGEL, 110

CEP: 59600322

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92136083

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

PESO:

25/11/2019 17:19:53

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: COLISÃO MOTO-CARRO, DOR EM REGIÃO CLAVICULAR E

Hora: 17:25

Paciente vítima de acidente carro-moto há cerca de 30 min. Refere que estava viajando no momento do acidente. Foi trazido pelo SAMU e do estado de consciência de nível moderado. Não relata dor abdominal ou membros inferiores. Não apresenta ferimentos ou alterações na pele.

A. Visto: olhos abertos, sem alterações

B. Ausc. Pulmonares: sem ruídos anormais

C. Hemodinamicamente estável, P.A. em 17. B.N.T. sem S.O.P.

D. Glasgow 15, Pupilas isocóricas e reativas, 2m de profundidade em bitemporal

E. Não alterações em membros inferiores

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Solicito Rx de clavícula esquerda + avaliação do ortopedista/traumatologista

Solicito Rx de coluna toraco-lombar

Tubidilong + 2ml ABQ, EV, Agora C

Diprione 3mg/1 - 2ml + 8ml ABQ, EV, Agora C

Dr. Roberto A. Mende

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO 03/11/2019

SAME/ARQUIVO

*SAIDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Proncher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS. Impresso em 25 de Novembro de 2019.

(Assinar e)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:53:37

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007202153367470000005547522

Número do documento: 2007202153367470000005547522

humano e legal.

Vitória de acidentes de
trabalho com dor + exames +
captura de vídeo @
necessária OK
fe com fe 115 mm
clavícula @
fígado + alto

Dr. Lúcio S. L. VASCONCELOS
OPTOMETRISTA
CRM - 0807

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DA SILVA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 03/02/2019
Bino
SANE / ARQUIVO





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Oliveira, 150, Natal, RN – CEP 50025-260
CNPJ 08.229.136/0001-81 | Insc. Est. 20155328-0 | www.cer.com.br

ENCUESTO DA LINHA DE COMPUTAÇÃO

ATO DA CONFECAÇÃO/REALIZAÇÃO
 MOESORO RN
 58650-700

CLASIFICACIÓN
GIRRES DE VIDA
RESIDENCIAL

U47-244U13

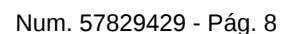
09/12/2019

93112019

ТЭТ/У ДАФА/У'2а

DATA	ICMS	PIS	COFINS	Saldo De Contas	%	VALORES IMPOSTOS	Descontos	Saldo De Contas	Saldo De Contas
NOV 19	351			351,00	37,00	14,57	Descontos	351,00	3,77
DEC 19	354			354,00	37,00	14,57	Descontos	354,00	3,77
SEP 19	364			364,00	37,00	14,57	Descontos	364,00	3,77
AGO 19	314			314,00	37,00	14,57	Descontos	314,00	3,77
JUL 19	314			314,00	37,00	14,57	Descontos	314,00	3,77
JUN 19	314			314,00	37,00	14,57	Descontos	314,00	3,77
MAY 19	356			356,00	37,00	14,57	Descontos	356,00	3,77
ABR 19	300			300,00	37,00	14,57	Descontos	300,00	3,77
MAR 19	242			242,00	37,00	14,57	Descontos	242,00	3,77
FEB 19	367			367,00	37,00	14,57	Descontos	367,00	3,77
JAN 19	365			365,00	37,00	14,57	Descontos	365,00	3,77
DEC 18	361			361,00	37,00	14,57	Descontos	361,00	3,77
NOV 18	360			360,00	37,00	14,57	Descontos	360,00	3,77

1953 0300 0014040 0055 0100 0014040

[illegible]



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorealider.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: 020-2536 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 37

Eu, Renaty Lenilson Lucio da Silva

RG nº 002363893, data de expedição 03/12/14

Órgão SSP RJ, CPF nº 074994384-40

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

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Coronel Gurgel</u>
Número	<u>1110</u>
Apto/Complemento	<u>697a</u>
Bairro	<u>Alto da Conceição</u>
Cidade	<u>Mozzoro</u>
Estado	<u>RJ</u>
CEP	<u>59600-200</u>
Tel. de contato	<u>(84) 99380-5480</u>
E-mail	<u>Wao Pizzi</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Mozzoro - RJ 11/12/14

Renaty Lenilson Lucio da Silva

Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 12150-7 DDT-5 Nº 014851990738
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 00483900083
1 00483900083 2018

LENNON DOCT DA SILVA

761.479.084-72

0703026

0703026/2018

0703026/2018

PASSELEIRO/MOTOCICLETA

HONDA/EX2-125-EE

00003959485

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014851990738 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORAUNION.COM.BR

SAC DPVAT 0800-0037128

2019 2019/2019

0703026

00003959485

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X

002008-4X



SOM

Diretor Técnico:
Dr. Manoel Fernandes da Silveira
CRM Nº - 2999 RQE Nº - 1350

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
EOT - 14690

Angélica Soraia P. de Souza,
29 anos

Ⓢ Pontuação prévia

- Acidente motorveicular em 25/11/2019, e trauma em ambas pernas, sendo diagnósticos de fratura de tíbia e fíbula.
- Submissão a tratamento cirúrgico (osteossintese e placa e parafusos) 2-3 semanas, após o trauma.

- Fratura consolidada / Perda de 25 mm altura medial após APFT.

Rua Pedro Velho, 320 - Sala 04 - Santo Antonio - Mossoró/RN.
Fone: 84 3317 3227 - E-mail: som-ortopedia10@hotmail.com

CNPJ: 14.063.305/0001-57

C.R.: 542.3

09/03/2020

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
EOT - 14690





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 84

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Clondata: 0800 022 91 31

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECADIGITAL/DOCUMENTAL/ASP/PRIMO-LEGISLACAO-26030>

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 de 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 CDAE².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCRIMINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.033/98.

Pelo exposto, eu

Renato Lenilson Lucio da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

074999384-40

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

Angelica Sonally P. de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o nº

046637753-30

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Angelica Sonally P. de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o nº

046637753-30

conforme determinação da Circular Susep 445/12.



Terça-feira, 20 de Junho de 2012



COSERN

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Alencar, 150, Lado A, Natal - RN CEP 51025-000
CNPJ 00.329.380/01-91 | Fone: 30130100 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUZIMAR FRANCISCO DA SILVA

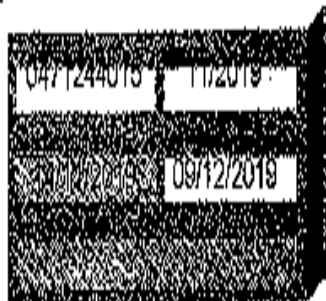
ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSEFA DE SOUZA

CPF: 138.135.914-00

ALTO DA CONCEIÇÃO/RELA LINDA
MOSSORÓ/RN
55650-100

CLASSIFICAÇÃO
BTRES DE 100V
RESIDENCIAL



05/10/2019	0471244015	11/12/2019
07/11/2019	0471244015	09/12/2019

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo kWh	261,0000000	0,7651141	200,11
Acresc no Bandeira SVAPELA			0,02
Acresc no Bandeira VERMELHA			5,09
Contrib. Imp. P. Municip			22,18
TOTAL DA FATURA			227,40

MÉDIO	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		LÍMITE	CONDIÇÃO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31/08/2019	CAI	09/02/19	25012,00	01/01/2019	25012,00	30	1,0000		227,40





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Moreira, 150 - Belém, Natal - RN, CEP 55025-260
CNPJ nº 08.374.195/0001-82 - Insc. Est. 20055198-0 | www.cerri.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUIZ VAG FRANCISCO DA SILVA

CPF :09 136 9:4:00

EXHIBIT 10. BALANCE SHEET CONTINUING

ALTO DA CONCEICAO AREA URBANA
MOSSORO RN
59803-203

CLASSIFICAÇÃO
DE RESILIÊNCIA
E SUSTENTABILIDADE

31.12.16245 11.01.16246 11.01.16247

07/11/2019 09:04:15 4/10=4

0471241013

172015

အိမ်ထောင်ရေး

09/12/2019

Conselho Regional
 Associação Bandeira AVARELA
 Associação Bandeira VERMELHA
 Conselho Municipal

QUANTODORA

PREÇO (R\$)

VALOR | P |

812

3216

FATİRA

299.45

Nº DO RECORDEIRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CÓRREGIMENTO (NºH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
2190674000	CAT	08/10/2019	32.01/220	07/11/2019	25.03/20	30	1.0000%		791,00

[illegible]

Copyright © 2009 by Editora e Distribuidora Educacional S.A. Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução não autorizada desta obra, seja ela em qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, inclusive através de sistemas de armazenamento e recuperação de informações. A utilização não autorizada desta obra pode ser denunciada mediante o envio de e-mail para o endereço eletrônico: denuncia@educacional.com.br. A Editora e Distribuidora Educacional S.A. não se responsabiliza pelo conteúdo das obras publicadas em seu site.

COMPARISON					SUMMARY	
ORIGINAL	RECONSTRUCTED	DIFFERENCE	PSNR	SSIM	PSNR	SSIM
L1			20.00	0.95	20.00	0.95
L2			20.00	0.95	20.00	0.95
L3			20.00	0.95	20.00	0.95





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 722

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ANGELICA SONALLY PEREIRA SOUSA, 29 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 25/11/2019

Local da ocorrência: Rua: Alfredo Fernandes, Centro prox. a Igreja São Vicente.

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 17h 00min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Renarly Lenilson Lucio da Silva, 28 anos**, portador de **RG: 002.363.891.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM. / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA
MAT. 405418-3

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAAIS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do registro ou ASZ: 046637753-30 3 - CPF da vítima: 046637753-30 Nome completo da vítima: Angelica Sonally Pereira de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR EUSEP Nº 245/2021

5 - Nome completo: Angelica Sonally Pereira de Sousa 6 - CPF: 046637753-30
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Coronel Gurgel 9 - Número: 3430 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Momoio 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59600-200
15 - E-mail: Momoio (84) 99127 0066

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CORADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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 (ANEXO CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 07355 CONTA: 20453 3 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 vigência 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 a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento do assessor de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicial ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a 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.

ASSINATURAS

34 - 35 - Nome legível de quem assina a petição (a rgo): 36 - CPF legível de quem assina a petição (a rgo): 37 - Assinatura de quem assina a petição (a rgo): 38 - 39 - Nome: CPF: 40 - 41 - Nome: CPF: 42 - Assinatura da testemunha 43 - Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Momoio - RJ 27/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (Declaração): Angelica Sonally Pereira de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 9002/2019





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
BOAT 1106819

1 - LOCAL E DATA

Local RUA ALFREDO FERNANDES Bairro CENTRO
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. IGREJA SÃO VICENTE
Data 25/11/2019 Hora do acidente 17:15 Hora do registro 17:20 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Chuque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi QGT-7030 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. VW/UP TAKE MCV Cor BRANCA Ano 2012
Proprietário ELISMAYRE BATISTA DE SOUSA Nº de Ocupantes 2
Condutor ELISMAYRE BATISTA DE SOUSA Data de Nasc. 10/09/1983
Endereço AVENIDA RIO BRANCO Nº 223 Fone 9620 4275
Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 956.172.723-49 CNH Nº 06899521769 Validade 11/10/2022 Categoria B
Local de Trabalho RECIPA FEDERAL Fone 99620 4225
End. AVENIDA ALBERTO MARINHO Nº SIN Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi DA4 3026 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. Volvo 113 Cor PRATA Ano 2012
Proprietário LENNON LUCIO DA SILVA Nº de Ocupantes 2
Condutor LENNON LUCIO DA SILVA Data de Nasc. 22/03/1991
Endereço RUA CORONEL GUAGEL Nº 110 Fone 99924-6418
Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 079.949.184-42 CNH Nº 04894841105 Validade 01/12/2019 Categoria AD
Local de Trabalho CLINICA DITAVA MOSSORÓ Fone 99924 6418
End. RUA JUVENAL LAMUNING Nº _____ Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



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

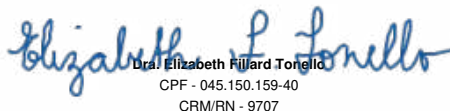
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200091844
Nome do(a) Examinado(a): Angelica Sonally Pereira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Gurgel, 1110
Alto da Conceicao Mossoro RN CEP: 59600-200
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20070908154
Data local do acidente: [25/11/2019]
Data local do exame: [17/03/2020] Mossoró [RN]

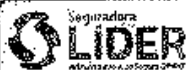
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA - OSTEOSÍNTESE
Data da Alta: 09/03/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.
- 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:
DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.
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): |
| OMBRO - Lado Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 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


Dr. Elizabeth Hillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046637753-30 4 - Nome completo da vítima: Angelica Sonally P. de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2017

5 - Nome completo: Angelica Sonally Pereira de Sousa 6 - CPF: 046637753-30
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Coronel Gurgel 9 - Número: 3336 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Manaus 13 - Estado: AM 14 - CEP: 59600-200
15 - E-mail: Não Possui 16 - Telefone: (84) 99127 0066

DADOS CADASTRAIS

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0755 CONTA: 20453 3 AGÊNCIA: CITA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento do análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica, presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da consistência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, sendo discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou dependentes (vivos ou não)? ☐ 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 comprovarem esta condição, estando isenta, ainda, de qualquer ônus 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 - Nome legível de quem assina o pedido (à roça)
35 - CPF legível de quem assina o pedido (à roça)
36 - Assinatura de quem assina o pedido (à roça)
37 - Nome: CPF: Assinatura do testemunha
38 - Nome: CPF: Assinatura do testemunha

39 - Local e Data: Manaus - AM 17/12/19
40 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver) Angelica Sonally Pereira de Sousa
41 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) FPE 001 V002/2019 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15563374



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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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

Pag. 01963/01964 - carta_02 - INVALIDEZ

00050982



Carta nº 15610681



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:53:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021533674700000055547522>

Número do documento: 20072021533674700000055547522

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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000755**

Conta: **0000020453-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00155/00156 - carta_03 - INVALIDEZ

00060078



Carta nº 15581873



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:53:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021533674700000055547522>

Número do documento: 20072021533674700000055547522

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:	20/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000020453-3

Nr. da Autenticação C261948241D9502D



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073175/20

Número do Sinistro: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

CPF: 046.637.753-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: ANGELICA SONALLY
PEREIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 09/03/2020
Nome: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA
CPF: 074.999.184-40

RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA, brasileiro(a),
estado civil: CASADA, Profissão: ABD. DE CAMPIMETUA Data do Acidente 25/11/19,
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 2007090815-4, órgão expedidor
SSP-CE e do CPF: 046.633.753-30, residente no(a)
Rua: Coronel Gengel nº 1110 B
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

OUTORGADO:

Nome: RENARK LENILSON LUCIO DA SILVA, brasileiro(a)
estado civil: CASADO, Profissão: AUX. de Secretaria, portador(a) do RG
002363893, órgão expedidor SSP RN e do CPF: 034.999.184-40, residente
no(a) Rua: Coronel Gengel nº 1110 B,
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



MOSSORÓ - RN - 36/12/19

Local e Data

(Angelica Sonally Pereira de Sousa)

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

5º Serviço Notarial e Registral de Mossoró
Rua Coronel Vicente Sabóia, 103 A - Titular: RENARK DA SILVA GALDINO Cont.
(84) 305161940 - verelcomossoro@hotmail.com

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA
Confira em: <https://selddigital.tjn.jus.br>
Selo Digital: RN201800553310018884NJV
Mossoró-RN, 16 de dezembro de 2019 17:01
KESIA VALÉRIA DA SILVA GALDINO
ESCREVENTE AUTORIZADA N.
Op: FLAVIA Email: 2.63.368@N: 0.34 - TOTAL: 2.97
AB393916



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200091844 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA

Descrição do exame físico: DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: PERICIADA APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIBELTS

DETRAN - RN 12150 / 00005 Nº 01485199073B
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 004839500000
1 004839500000 000000000000 2019

NOME: LENNON DOCTO DA SILVA

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

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

RN Nº 01485199073B BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURODPVAT.COM.BR

SAC DPVAT 0800 002 7287

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

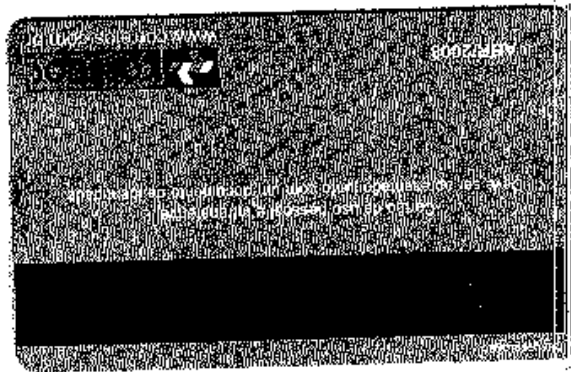
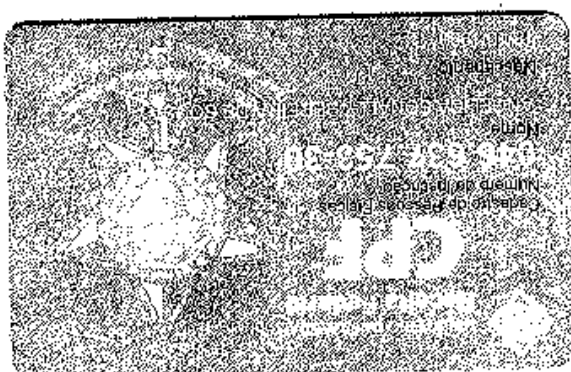
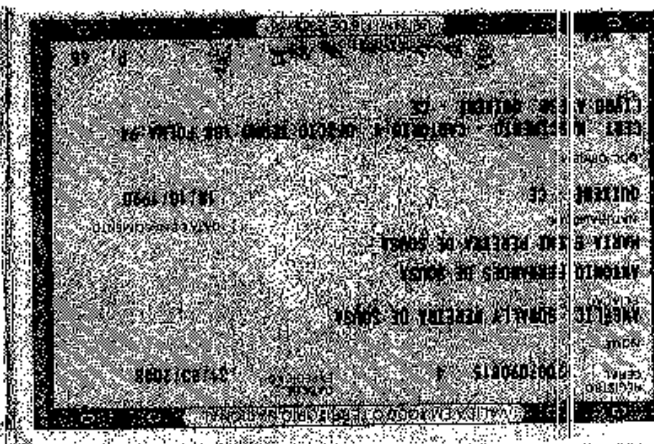
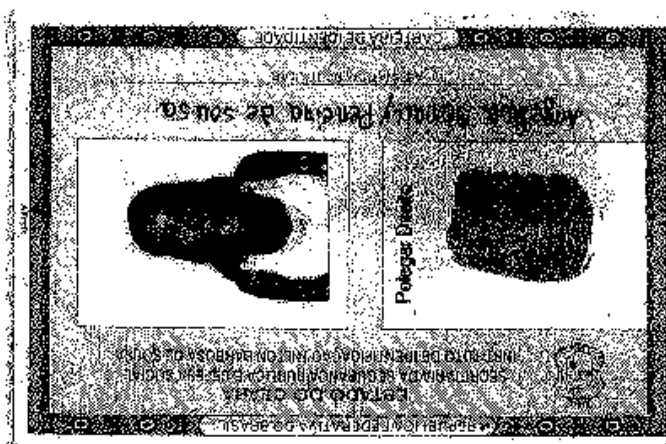
PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000

PLACA: 004839500000



Handwritten signature: Livia Karina Freitas da Silva





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67368 /2019

Admissão: 25/11/2019 17:27:44

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 53393 - ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA (29 a 1 m 7 d)

Nascimento: 18/10/1990

Natural: QUIXERE BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700505737876454

CPF: 04863775330

Prof:

Mãe: MARIA ELENI PEREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO FERNANDES DE SOUSA

Lugar de nascimento: CORONEL GURGEL, 110

CEP: 59600322

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92136063

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU						Classificação:		PESO:	
						25/11/2019 17:18:53			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO MOTO-CARRO, DOR EM REGIÃO CLAVICULAR E

Hora: 17:35

Paciente vítima de colisão carro-moto há cerca de 30 mn. Refere que
podia estar no momento do acidente. Foi trazida pelo SAMU sob proteção
na região de Belém. Não apresenta dor no nível do corpo, não
apresenta ferimentos visíveis no abdômen, no tórax
e membros.

em boas condições, sem alterações
na pele, com membros inferiores



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:53:37

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021533674700000055547522

Número do documento: 20072021533674700000055547522



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, acesse o site www.seguradomilider.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: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidiana: 0800 021 91 31

Eu, Renaty Lenilson Lucio da Silva

RG nº 002363893, data de expedição 03/12/14

Órgão SSP RJ, CPF nº 074999384-40

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro;

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Coronel Gurgel</u>
Número	<u>1150</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Alto da Conceição</u>
Cidade	<u>Mozópolis</u>



8. CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. Tempo	Tipo da Pista	Caract. Pista	Cond. Pista	Sinalização
☐ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☒ Reta	☒ Seca	☒ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Aclive íngreme	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite c/ Iluminação	☐ Nebliça	☐ Cascalho	☐ Aclive Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros _____	☐ Terra	☐ Declive íngreme	☐ Oleosa	☐ Linha _____
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outros _____	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s) _____
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Entrecruzamento		
			☐ Bifurcação		

9. CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARTE DIANTEIRA
PARTE DIANTEIRA DIREITA
PARTE DIANTEIRA ESQUERDA
PARTE DIANTEIRA
DIREITO

AVARIAS DO VEÍCULO 2

CARENAGEM DIANTEIRA
RETRAIÇÃO ESQUERDA

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4







SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67368 /2019

Admissão: 25/11/2019 17:27:44

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 53393 - ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA (29 a 1 m 7 d)

Nascimento: 18/10/1990

Natural: QUIXERE-BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700505737876454

CPF: 04663775336

Prof:

Mãe: MARIA ELENI PEREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO FERNANDES DE SOUSA

Logradouro: CORONEL GURGEL, 110

CEP: 59600322

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.92136083

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

PESO:

25/11/2019 17:19:53

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTORIA - EXAME FISICO

Queixas: COLISÃO MOTO-CARRO, DOR EM REGIÃO CLAVICULAR E

Hora: 17:25

Paciente vítima de acidente carro-moto há cerca de 30 min. Refere que
 estava trafegando no momento do acidente. Foi trazida pelo SAMU e se apresenta
 com dor aguda de cabeça, dor no abdômen e dor no tórax. Não apresenta
 ferimentos visíveis na pele. Não apresenta sinais de choque. Não apresenta
 alterações na consciência. Não apresenta alterações na respiração. Não apresenta
 alterações na circulação. Não apresenta alterações na função renal.

A. Vicio Lúcia Pereira, Sem Certificação
 ... exclusivamente sem ...



1 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua ALFREDO FERNANDES
Em que sentido? TRAVESSIA/CEVIA Em que faixa? ESTACIONADO
Versão do condutor A CONDUTORA JIZ QUE INICIU A MANOBRAS PARA SAIR DO ESTACIONAMENTO E LOGO EM SEGUINTE SENTIU A FALHA DE V2 EM SEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V1

Elismayre Batista de Sousa

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4



primário

Vitória de acidente de

trabalho com chumbo e

captura de vírus P

resposta OK

pe com pe 113 mm

chumbo P

aprox + alto

2
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE
FEBT CONFORME O ORIGINAL
20/9



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: ARTM Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: ANGELICA SONALLY RODRIGUES DE SOUZA
 RG Nº: 046.637.753-30 Órgão Expedidor: SSP-CE Data de Nascimento: 18/10/1970
 Endereço: RUA CORONEL GURGEL Nº: 1410 Fone: 998656110
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: 17h 15h
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AITNº _____ Cód/Desd: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Infância que o condutor e a passageira de V2 sofreram
Escalacões onde V1 foi liberado após apresentação de
documentação. Adianto também que V1 foi liberado
após apresentar documentação

Nome Completo do Agente: Carlos Alexandre Paiva de Paula
 POSTO/GRAD: CB PM Nº: 1001813 Vítima: DETO GUR Unidade: 2º DPB
 Local e Data: 1080m 25 de Novembro de 2019 Carlos Alexandre Paiva de Paula
 Assinatura do Agente de Trânsito



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA, brasileiro(a),
estado civil: CASADA, Profissão: ABR. DE CAMPANHA, Data do Acidente: 25/11/19,
Cobertura: Invalidez, portador(a) do RG 0002090815-4, órgão expedidor
SSP-CE e do CPF: 046.633.753-30, residente no(a)
Rua: Coronel Gengel, nº 1108
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

OUTORGADO:

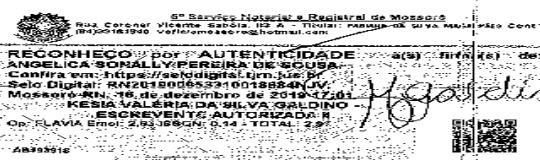
Nome: RENANILY JENILSON LUCIO DA SILVA, brasileiro(a)
estado civil: CASADO, Profissão: AUX. DE SECRETARIA, portador(a) do RG
002363291, órgão expedidor SSP-RN e do CPF: 034.999.184-40, residente
no(a) Rua: Coronel Gengel, nº 1108
bairro: Alto da Conceição, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

MOSSORÓ - RN - 36/12/19
Local e Data

(Angelica Sonally Pereira de Sousa)
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073175/20

Número do Sinistro: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

CPF: 046.637.753-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: ANGELICA SONALLY
PEREIRA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 09/03/2020
Nome: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA
CPF: 074.999.184-40

RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA





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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15563374





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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00155/00156 - carta_03 - INVALIDEZ

00060078



Carta nº 15581873





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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200091844

Vítima: ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENARLY LENILSON LUCIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANGELICA SONALLY PEREIRA DE SOUSA

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

Pag. 01963/01964 - carta_02 - INVALIDEZ

00050982



Carta nº 15610681



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:53:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021533674700000055547522>

Número do documento: 20072021533674700000055547522

LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

1 - Tipo de cobertura: ☐ VAMIS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº da sinistro ou ASI: 046637153-30 Nome completo da vítima: Angelica Sonally P. de Souza

3 - Referência informacional cadastrais e faixa de renda mensal da pessoa física VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL: CIRCULAR SUSP. 405/2011

4 - Nome completo: Angelica Sonally Pereira de Souza 046637153-30

5 - Profissão: 3338 31 - Complemento: 3226

6 - Endereço: Rua Coronel Gurgel 34600-200

7 - Cidade: João Pessoa 8 - Estado: PB 9 - CEP: 54600-200

10 - E-mail: (84) 99127 0066

11 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

12 - Nome completo do Representante Legal:

13 - CPF do Representante Legal:

14 - Profissão do Representante Legal:

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

16 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

17 - RENDAS BANCÁRIAS:

18 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO:

19 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):

20 - CONTA CORRENTE (Pagar em nome):

21 - AGÊNCIA: 0755 CONTA: 20453 3

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO IMIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

23 - DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casada (no caso) ☐ Divorciada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva

25 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Sobrinho ☐ Vítima órfã ou incompetente: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima tem filhos: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima tem irmãos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós: ☐ Sim ☐ Não

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rolar)

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rolar)

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a rolar)

37 - Local e Data: João Pessoa, 20/07/2020

38 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

39 - Assinatura do último beneficiário (se houver)

40 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do último beneficiário (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

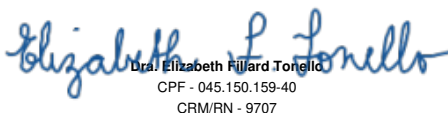
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200091844
Nome do(a) Examinado(a): Angelica Sonally Pereira de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Gurgel, 1110
Alto da Conceicao Mossoro RN CEP: 59600-200
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20070908154
Data local do acidente: [25/11/2019]
Data local do exame: [17/03/2020] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OMBRO E- FRATURA DE CLAVÍCULA - OSTEOSÍNTESE
Data da Alta: 09/03/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.
- 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:
DOR, LIMITAÇÃO À ELEVAÇÃO ACIMA DA LINHA DOS OMBROS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÉDIA INTENSIDADE.
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): |
| OMBRO - Lado Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 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


Dr. Elizabeth Hillard Tonello
CPF - 045.150.159-40
CRM/RN - 9707





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
BOAT 1106819

1 - LOCAL E DATA

Local: RUA ALFONSO FERNANDES Bairro: CENTRO
Cidade: MOSSORÓ P. Ref.: IGREJA ST VICENTE
Data: 25.11.2019 Hora do acidente: 17:15 Hora do registro: 17:20 Dia da semana: SEXTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi: GGT-7030 Cidade: MOSSORÓ UF: RN
Marca/Mod.: LYFTAKE MCV Cor: BRANCA Ano: 2012
Proprietário: LEONARDO DE OLIVEIRA Nº de Ocupantes: 2
Condutor: LEONARDO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 12/09/1988
Endereço: AVENIDA RIO BRANCO DE 5439 Nº: 224 Fone: 3665 4945
Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ UF: RN
CPF Nº: 936.722.723-49 CNH Nº: 06.899.671.747 Validade: 11/10/2022 Categoria: B
Local de Trabalho: RECIFE Fone: 79620 4213
End.: AVENIDA RIBERTO MARRAS Nº: 51N Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi: 344 3226 Cidade: MOSSORÓ UF: RN
Marca/Mod.: RENAULT LOGO 04 SLVA Cor: BRANCA Ano: 2012
Proprietário: RENNY LOUISON DE SILVA Nº de Ocupantes: 2
Condutor: RENNY LOUISON DE SILVA Data de Nascimento: 22/03/1997
Endereço: RUA CORONEL GUARÁ Nº: 110 Fone: 94724-6218
Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ UF: RN
CPF Nº: 074.747.184-43 CNH Nº: 04894841103 Validade: 01/12/2019 Categoria: B
Local de Trabalho: CLÍNICA DRA. ROSINE Fone: 77923 6413
End.: RUA JUVENAL LAMARINE Nº: _____ Bairro: CENTRO Cidade: MOSSORÓ

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____ UF: _____
Marca/Mod.: _____ Cor: _____ Ano: _____
Proprietário: _____ Nº de Ocupantes: _____
Condutor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CPF Nº: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: _____ Fone: _____
End.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi: _____ Cidade: _____ UF: _____
Marca/Mod.: _____ Cor: _____ Ano: _____
Proprietário: _____ Nº de Ocupantes: _____
Condutor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CPF Nº: _____ CNH Nº: _____ Validade: _____ Categoria: _____
Local de Trabalho: _____ Fone: _____
End.: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 20/07/2020 21:53:37

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072021533674700000055547522>

Número do documento: 20072021533674700000055547522

8. CONDIÇÕES DA VIA

☐ Luminosidade	☒ Cond. Tempo	☒ Tipo da Pista	☒ Caract. Pista	☒ Cond. Pista	☒ Sinalização
☒ Amanhecendo	☒ Bom	☒ Asfalto	☒ Reta	☒ Seca	☒ Inexistente
☒ Pleno Dia	☐ Nublado	☐ Paralelepípedo	☐ Curva	☐ Molhada	☐ Do Agente de Trânsito
☐ Anoitecendo	☐ Chuva	☐ Concreto	☐ Active Ingrete	☐ Enfundada	☐ Do Semáforo
☐ Noite e/ Iluminação	☐ Nebliha	☐ Cascalho	☐ Active Suave	☐ Poças D'Água	☐ Falha de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros	☐ Terra	☐ Declive Ingrete	☐ Oleosa	☐ Linha
☐ Iluminação Deficiente		☐ Outras	☐ Declive Suave	☐ Enlameada	☐ Placa(s)
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Luminária eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perm. KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Entroncamento		
			☐ Bifurcação		

9. CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10. AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>DIREITO</i>	AVARIAS DO VEÍCULO 2 <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>DIREITO</i>
AVARIAS DO VEÍCULO 3 <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>DIREITO</i>	AVARIAS DO VEÍCULO 4 <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>PARTE AVANT</i> <i>DIREITO</i>



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua Ailton de Farias Em que faixa? Estacionado
Em que sentido? Tramite
Versão do condutor A condutora V2 que iniciou a manobra para sair do estacionamento e logo em seguida seguiu a Ronda de V2 em seu veículo.

Assinatura do Condutor do V1 Elismayr Batista de Sousa

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ARTIM
 Nome: ARTIM Presenciou: ☒ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº: 44866267 Orgão Expedidor: SSP-CE Data de Nascimento: 28/11/1970
 Endereço: RUA CORONEL CARLOS Nº: 1110 Fone: 998666710
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora: 17h 15h
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº: _____ Orgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº: _____ Orgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 RG Nº: _____ Orgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____
 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Orgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATEN ☐ Cód/Desd: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
ENTRADA DE O CONDUTOR E A PASSAGEIRO DE V2 SUBIRAM
ESCRITÓRIO ONDE V2 FOI LIBERTE APÓS APRESENTAR DO
QUANTIDADE AGIANTE TAMBÉM QUE V3 FOI LIBERTE
APÓS APRESENTAR DOCUMENTOS

Nome Completo do Agente: CARLOS ALEXANDRE PEREIRA DE PAULA
 POSTO/GRAD: SA PM Nº: 1001315 Vistoria: DEPO Assinatura: Carla Alexandre Pereira de Paula
 Local e Data: 1005000 de 25 de NOVEMBRO de 2019 Assinatura do Agente de Trânsito



LIDER **PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 01663753-30 Nome completo da vítima: Angelica Sonally Pereira de Souza

REGISTRO DE INCURSAOES CADASTRAIS EFADIA DE RENDA MENSAL DE PESSOA FISICA (VITIMA/BENEFICIARIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 286/2012

5 - Nome completo: Angelica Sonally Pereira de Souza 04663753-30

7 - Profissão: 11 - Renda: R\$ 200,00 12 - Cidade: Muzila 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 20066-000

15 - Endereço: Rua Coronel Gurgel

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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: ☒ RECURSO 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 ATE R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos Abn, Bradesco, Itaú, Unibanco) ☐ CONTA CORRENTE (pagamento em débito)

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: 01663753-30 CONTA: 2045533333

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), sob as penas:

☐ 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 realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento do seguro de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, de acordo com a legislação em vigor.

Declaro que esta declaração não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ONIÇOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Viúvo 24 - Data do último aniversário: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima possui filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar: 30 - Vítima possui irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima possui irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver irmãos vivos, informar: 33 - Vítima possui outros parentes? ☐ Sim ☐ Não 34 - Se tiver outros parentes, informar: 35 - Vítima possui outros parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

36 - Nome legível da quem assina a pedido (a cargo): 37 - CPF legível da quem assina a pedido (a cargo): 38 - Assinatura da quem assina a pedido (a cargo): 39 - Nome: 40 - Assinatura da quem assina a pedido (a cargo): 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Local e Data: Muzila - RJ 27/07/2020

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Angelica Sonally Pereira de Souza

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS-001 V0002/2018





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 722

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ANGELICA SONALLY PEREIRA SOUSA, 29 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 25/11/2019

Local da ocorrência: Rua: Alfredo Fernandes, Centro prox. a Igreja São Vicente.

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 01

Hora do Chamado: 17h 00min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do SAMU 192 Mossoró.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Renarly Lenilson Lucio da Silva, 28 anos**, portador de **RG: 002.363.891**.
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM. I SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA
MAT. 405418-3

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com

