

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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIABE GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000064528-9

Nr. da Autenticação 316DC348F15477EB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200162058 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIABE GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 07/01/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (?) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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



COSERN

Companhia Energética do Rio-Grande do Norte
Rua Maracá, 550, Brasília, Natal - RN, CEP 58036-250
CNPJ 08.324.950/0001-01 | Insc. Est. 20055109-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO DE ASSIS SILVA

CPF: 378.709.804-63

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA ALEGRIA 210

BELO HORIZONTE/ÁREA URBANA
MOSSORÓ RN
58000-798

03/02/2018	ÚNICA	12/11/2018
12/11/2018	3000524103	612828

0734478016	11/2019
20/11/2019	12/12/2019
62,26	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	77,0000000	0,6557427	51,26
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,94
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,68
Comissão Inter. Fimica Municipal			4,90
Multa por atraso NF 028043547 - 11/08/19			1,74
Juros por atraso NF 028043547 - 11/08/19			1,21
Atualização CFPM NF 028043547 - 11/08/19			0,68
TOTAL DA FATURA			62,26

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE CONSUMIDOR	DATA	CONSUMO (kWh)
21 0394750	USF	11-10-2018	6.829,00	12-11-2018	6.702,00	82	1.0000			11,20

MÊS	VALOR	ICMS	PIS	COFINS	VALOR DO PREÇO	VALOR DO PREÇO	VALOR DO PREÇO	VALOR DO PREÇO	VALOR DO PREÇO	VALOR DO PREÇO
NOV 19	77				51,26	10,00	9,50	20,00	30,76	30,76
OUT 19	66				43,78	8,75	8,25	17,50	25,03	25,03
SET 19	111				89,78	17,50	16,75	35,00	43,73	43,73
AGO 19	71				57,70	11,50	10,90	23,75	29,85	29,85
JUL 19	150				115,40	23,00	21,80	47,50	59,30	59,30
JUN 19	04				3,23	0,65	0,61	1,31	1,64	1,64
MAY 19	02				1,61	0,33	0,31	0,66	0,82	0,82
ABR 19	75				59,78	11,95	11,35	24,38	30,43	30,43
MAR 19	04				3,23	0,65	0,61	1,31	1,64	1,64
FEB 19	101				81,16	16,23	15,42	33,13	41,35	41,35
JAN 19	35				28,25	5,65	5,37	11,63	14,60	14,60
DEZ 18	106				85,46	17,09	16,28	35,00	43,73	43,73
NOV 18	82				65,57	13,11	12,46	26,88	33,44	33,44

Este documento é uma cópia impressa da fatura eletrônica de energia elétrica emitida pelo COSERN. A validade jurídica deste documento é atestada pelo sistema de certificação digital. Para mais informações, consulte o site www.cosern.com.br. O consumidor deve manter este documento em seu arquivo pessoal e não deve descartá-lo. A fatura eletrônica de energia elétrica é um documento de natureza fiscal e deve ser conservado por 5 (cinco) anos. A fatura eletrônica de energia elétrica é um documento de natureza fiscal e deve ser conservado por 5 (cinco) anos. A fatura eletrônica de energia elétrica é um documento de natureza fiscal e deve ser conservado por 5 (cinco) anos.

Valor	Descrição	Valor	Valor	Descrição	Valor
11,20	Consumo Ativo (kWh)	51,26	10,00	Acrescimo Bandeira AMARELA	0,94
				Acrescimo Bandeira VERMELHA	1,68
				Comissão Inter. Fimica Municipal	4,90
				Multa por atraso NF 028043547 - 11/08/19	1,74
				Juros por atraso NF 028043547 - 11/08/19	1,21
				Atualização CFPM NF 028043547 - 11/08/19	0,68
				TOTAL DA FATURA	62,26

Valor	Descrição	Valor	Valor	Descrição	Valor
11,20	Consumo Ativo (kWh)	51,26	10,00	Acrescimo Bandeira AMARELA	0,94
				Acrescimo Bandeira VERMELHA	1,68
				Comissão Inter. Fimica Municipal	4,90
				Multa por atraso NF 028043547 - 11/08/19	1,74
				Juros por atraso NF 028043547 - 11/08/19	1,21
				Atualização CFPM NF 028043547 - 11/08/19	0,68
				TOTAL DA FATURA	62,26



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 uma das opções abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e produtos, de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h)
Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-06

SAC para reclamações e sugestões, 24 horas por dia: 0800-022-91-40 | SAC (para defeitos, sinistros e de falas): 0800-022-12-06 | Central Operacional: 0800-022-91-75

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/810107ECAME3/DOCORIGINAL.ASPX?ID=1&CODIGO=29626>

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

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

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

Pelo exposto, eu

Patricia Daiane da Silveira Freitas

inscrito (a) no CPF/CNPJ

333.445.424 / 23

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

Eliabe Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.379.084 / 40

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Eliabe Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº

073379084 / 40

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Receitur

Renda:

Receitur

e apresentação dos documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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:

Rua da Alegria

Número: 250

Complemento:

Casa

Bairro:

Belo Horizonte

Cidade:

Monoré

Estado:

PR

CEP:

59600-798

E-mail:

Não Possui

Tel. (DDD):

(84) 99827-0066

Local e Data:

Monoré - PR 06/03/2020

Patricia Daiane da Silveira Freitas
Assinatura do Declarante

01/07/2014

Fraqueza de Fatores de 5: anormal

Desalinhado

Teste 1 - Enunciado 11

Cirurgia de fratura de colo do fêmur

915/2014

Dr. Francisco Almeida Lopes
MEDICO DO TRABALHO
CRM-AM 3138

PARA LER: REGIONAL TARCISIO KATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AMARILHO 16.10.1.2014

BLN
ARQUIVO

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162058

Vítima: ELIABE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIA DAIANE DA SILVEIRA FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIABE GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ELIABE GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000064528-9

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 015527086592

BIHETE DE SEGURO DPVAT

2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

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

RN Nº 015527086592 BIHETE DE SEGURO DPVAT

2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

ESTE É O SEU BIHETE DO SEGURO DPVAT
PARA TANTAS AUTOMOTORES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 7204

EXERCÍCIO DATA INÍCIO

2013 11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

11/01/2013

PREMIO TARIFARIO

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

Desafio (R\$)

SEGURODPVAT LIDER DPVAT

CNPJ 08.416.940/0001-44

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Eliabe Gomes da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Casado Profissão: Porteiro Data do Acidente 07/03/20
Cobertura Invalidez portador(a) do RG 002629596, órgão expedidor
SSP e do CPF: 073379084-40 residente no(a)
Rua da Alegria nº 230,
bairro: Belo Horizonte município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Patricia Daiane da Silveira Freitas, brasileiro(a)
estado civil: Casada Profissão: Agricultora portador(a) do RG
003441794, órgão expedidor STP e do CPF: 33144542423, residente
no(a) Rua da Alegria nº 230,
bairro: Belo Horizonte 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 16/04/2020

Local e Data



1º OFÍCIO

Eliabe Gomes da Silva

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

CERTIFICADO VÁLIDO
R. Vitorino Silva, 107 - Centro, Mossoró - RN, 59600-100 FONE: (84) 3617-48
Titular: Edmar Vieira de Alencar

Reconhecimento de Firma 2820-800896



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126218/20

Vítima: ELIABE GOMES DA SILVA

CPF: 073.379.084-40

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIABE GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PATRICIA DAIANE DA SILVEIRA FREITAS : 131.445.424-23

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

ELIABE GOMES DA SILVA : 073.379.084-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/04/2020
Nome: PATRICIA DAIANE DA SILVEIRA FREITAS
CPF: 131.445.424-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

PATRICIA DAIANE DA SILVEIRA FREITAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162058

Vítima: ELIABE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIA DAIANE DA SILVEIRA FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIABE GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

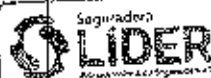
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do selo do ASL:

043379084-40

3 - Nome completo da vítima:

Elisabe Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 209/2012

5 - Nome completo:

Elisabe Gomes da Silva

043379084-40

7 - Profissão:

Porteiro

8 - Endereço:

Rua da Alegria

9 - Número:

230

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Belo Horizonte

12 - Cidade:

Monte

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

59600-798

15 - E-mail:

Naô possui

16 - Telefone:

(047) 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (106)

☐ CONTA CORRENTE (fases abertas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 64528

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

(informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, ou na minha titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT, a quem estiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a quitação total do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e a apresentação do laudo do IML, reconhecendo, desde já, que não submeterei a análise médica obrigatória, sob as penas da Lei nº 6.194/74, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçada

☐ Separada judicialmente

☐ Viúva

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:

30 - Vítima deixou herdeiros (ou herdeiros)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rigor):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rigor):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rigor):

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Monte - MG 16/03/2019
Elisabe Gomes da Silva

41 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Promotor (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.003 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005521/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2020 09:02 Data/Hora Fim: 16/01/2020 09:18
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 07/01/2020 18:30

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: RN 117 ESTRADA QUE LIGA AS CIDADES DE MOSSORÓ/RN E

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELIABE GOMES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 04/12/1986

Idade: 33 anos

Naturalidade: RN - Mossoró

Profissão: Porteiro

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARLUCE GOMES DA SILVA

Nome do Pai: FRANCISCO DE ASSIS SILVA

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 073.379.084-40

RG - Carteira de Identidade: 002629596

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: ALEGRIA

Bairro: BELO HORIZONTE

Nº: 210

CEP: 59.600-798

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição Motocicleta

CPF/CNPJ do Proprietário 114.290.914-01

Placa OKC2053

Renavam 01006656038

Número do Motor KC16E8E526675

Número do Chassi 9C2KC1880ER526675

Ano/Modelo Fabricação 2014/2014

Cor PRETA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Aduiterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Melo Empregado

Última Atualização Denatran 20/04/2018

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impressão por: Erivelton Polari Alves
Data de Impressão: 16/01/2020 09:18
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

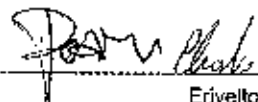
Nº: 005521/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
ELIABE GOMES DA SILVA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

INFORMA O COMUNICANTE QUE TRAFEGAVA PELO LOCAL MENCIONADO QUANDO, UM AUTOMÓVEL QUE SEGUIA A SUA FRENTE, FREIOU BRUSCAMENTE E ESTE COMUNICANTE PARA EVITAR UM DANO MAIOR, TENTOU DESVIAR, ULTRAPASSANDO-O.
ESCLARECE QUE NESSA MUDANÇA DE FAIXA DE TRÂNSITO, AINDA COLIDIU COM O MESMO. INFORMA QUE CAIU DA MOTOCICLETA E APÓS ISSO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU (CONFORME REGISTRO Nº 012/2020).
INFORMA QUE NÃO POSSUI DETALHES DO OUTRO VEÍCULO, QUE NÃO DESEJA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL E, QUE O PRESENTE BO É PARA FINS DE DPVAT, QUE NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

 *Erivelton Polari Alves*

Erivelton Polari Alves

Agente de Polícia

Matrícula 123.527-3

Responsável pelo Atendimento

ELIABE GOMES DA SILVA

(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Caracterização Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 073379084-40 e Nome completo da vítima: Elisabe Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Elisabe Gomes da Silva 6 - CPF: 073379084-40

7 - Profissão: Porteira 8 - Endereço: Rua da Alegria 9 - Número: 230 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Mosoró 13 - Estado: RS 14 - CEP: 59600-798

15 - E-mail: lho.pomoi 16 - Telefone: (84) 9998 27-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.500,00 ☐ R\$ 1.500,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.500,00 A R\$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para as bandeiras abaixo. Anote uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (083) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): _____ Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 64528 9

(Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação)

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica pericial, caso necessário, às regras da Seguradora LIDER para verificação da consistência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa minha concordância com a futura avaliação médica no sentido de contestar a avaliação médica, ou em discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização no Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a utilização do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

34 - _____

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a legível)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a legível)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a legível)

38 - Nº | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - Nº | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se aplicável): Elisabe Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Promotor (se houver): _____

44 - Assinatura do Promotor (se houver): _____



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 012

Mossoró 13 de Janeiro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **ELIABE GOMES DA SILVA, 33 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de Moto

Data da Ocorrência: 07/01/2020

Local da ocorrência: RN-015 estrada para Governador prox. ao Posto da Polícia Rodoviária Estadual.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida-03

Hora do Chamado: 18h 28min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida a 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: **Eliabe Gomes da Silva, 33 anos**, portador de RG: 002.629.596.

Estamos à disposição para mais informações.

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3

Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró

Rua: Seis de Janeiro, 309 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN

Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915

e-mail: samumossoro@hotmail.com