



Número: **0809692-68.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIABE GOMES DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58185049	30/07/2020 21:27	<a href="#">2737929_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	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:	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





**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Mariz, 500, BHN, Natal - RN, CEP 59026-250  
 CNPJ 08.324.150/0001-81 | Insc. Est. 20.651.99-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
**FRANCISCO DE ASSIS SILVA**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA DA ALEGRIA 210

CPF: 378.708.804-53

BELO HORIZONTE/ÁREA URBANA  
 MOSSORÓ RN  
 50800-798

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

03926448	ÚNICA	12/11/2018
12/11/2018	3000524103	517828

0734478016	11/2018
20/11/2019	12/12/2019
62,26	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	77,000000	0,65574427	51,26
Atividade Bandeira AMARELA			0,84
Atividade Bandeira VERMELHA			1,68
Consumo Tarif. FV (kWh)			4,80
Multa por atraso NF 028943547 - 11/08/18			1,74
Juros por atraso NF 028943547 - 11/08/18			1,21
Atualização SP/PM NF 028943547 - 11/08/18			0,89

**TOTAL DA FATURA**

62,26

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE CONTADOR	AJUSTE	Consumo (kWh)
210581750	ULF	11-10-2018 8.899,00	12-11-2018 8.976,00	82	1,0000	77,00

PERÍODO	DATA	VALOR	PERCENTUAL
NOV 18	77	51,26	82,4%
OUT 18	44	3,60	5,8%
SET 18	111	1,68	2,7%
AUG 18	171	4,80	7,7%
JUL 18	150	1,74	2,8%
JUN 18	84	1,21	1,9%
MAY 18	82	0,89	1,4%
APR 18	72	0,84	1,3%
MAR 18	64	0,80	1,3%
FEB 18	101	0,84	1,3%
JAN 18	85	0,84	1,3%
DEZ 18	106	0,84	1,3%
NOV 18	82	0,84	1,3%

Este documento é uma cópia eletrônica da fatura de energia elétrica emitida pela Companhia Energética do Rio Grande do Norte (COSERN). A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e é válida para a prestação de serviços de energia elétrica. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e é válida para a prestação de serviços de energia elétrica. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora e é válida para a prestação de serviços de energia elétrica.

Valor	Valor	Valor	Valor
Valor	Valor	Valor	Valor

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradorasidest.com.br](http://www.seguradorasidest.com.br) ou entre em contato através de uma das opções abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e sinistros, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022.12.06  
SAC para reclamações e sugestões, 24 horas por dia: 0800-022.93.40 | SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800-022.12.06 | Central Ombudsman: 0800-022.93.40

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/DOCOORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29535>

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

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

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALIANTO, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERIÓR DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPENSAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.639/98.

Pelo exposto, eu

Patricia Darane 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 de Vítima Eliabe Gomes da Silva

inscrito(a) no CPF sob o nº 073.379.084 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de 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 da Alegria</u>	Número:	<u>240</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Belo Horizonte</u>	Cidade:	<u>Monte</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>Não Possui</u>	CEP:	<u>59.600-798</u>	Tel (DDD):	<u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data:

Monte - PR 26/03/2020

Patricia Darane da Silveira Freitas  
Assinatura do Declarante

CLORL001 V001/2017



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 465 /2020  
Admissão: 07/01/2020 18:50:15

OK

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 56656 - ELIABE GOMES DA SILVA (33 a 1 m 3 d)  
Nascimento: 04/12/1986 Natural: MOSSORO BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 700200963491922 CPF: 07337908440 Prof:  
Mãe: MARLUCE GOMES DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ASSIS SILVA  
Logradouro: RAIMUNDO JACINTO DA COSTA, 210  
CEP: 59649899 Bairro: BELO HORIZONTE Cidade: MOSSORO  
Telefone: 84.96385407 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO Tipo: REGULADO  
Origem: SAMU RN \*Empresa.

OBS: TRAZIDO PELO SAMU						Classificação:		PESO:	
						07/01/2020 18:43:03			
HORA	P.A.	HGT	SaO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 33 ANOS, QUEDA DE MOTO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM OMBROS E PROVÁVEL LUXAÇÃO EM 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO  
Hora: 19:00

Paciente vítima de acidente moto-carro frontal em bacia ulcerada há cerca de 30 minutos. Refere dor de cabeça, fadiga e alteração de nível consciência do acidente. Queixa de dor em ombros, cotovelos e 5º dedo da mão esquerda, além de dor em parte superior da perna esquerda. Não apresenta sinais de vômito, náusea, febre, sangramento. Última refeição há 04 horas. A/V: Vias aéreas livres, sem ruído em focos pulmonares. Sinais de circulação, movimento ativo passivo no segmento. SPO2 96%. // S: Toux seca, produtiva e com presença de hemoptise. MVBD: 12 RA. // FR 16 upm. // RC, RT, RNF, altopres. AC 82 bpm. Pulso completo, regular e rítmico, TBC 68. ECG: 15 pts, papilares normométricas e isofarmacogênicas. TE: lacrimação de 2cm em sua pr-Hal. // S: 5º dedo da mão esquerda com déficit de movimento em faloange distal, com lateralização do dedo.

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1. Dado zero			
2. Digoxina 500mg/ml, 2ml + 8ml ASD, EV			
3. SOLICITO AVALIAÇÃO DA EXTREMIDADE.			
4. LIBERAR P/ CUIDADO GERAL			
(Sf. RX MAIO ESQUERDA)			
 <b>Dr. Francisco A. Duarte</b> CIRURGIA GERAL CRM 3519			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 16/01/2020 Bim SAME / ARQUIVO			

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

CID: Proc. Data: / /20. Hr: Médico: (Assinar e Carimbar)  
\*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 07 de Janeiro de 2020.



01/07/2019: 204

Fraqueza de Fatores de 5: anormal  
Desalinhado

Trasferir o conteúdo 1/

Cirurgia ortopédica. Colocar no

915106.

Dr. Francisco Almeida Lopes  
MEDICO DO TRABALHO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-MG 3138

PARA ENT. REGIONAL TARCISIO KATA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
AMENDADO 16/10/2020  
B.L.N.

PARA ENT. REGIONAL TARCISIO KATA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
AMENDADO 16/10/2020  
B.L.N.

PARA ENT. REGIONAL TARCISIO KATA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
AMENDADO 16/10/2020  
B.L.N.









Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Num. 58185049 - Pág. 9

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Eliade 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 Itap e do CPF: 33344542423, 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

Eliade Gomes da Silva  
Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

UNIFONTO VIOLIN  
R. Vicente Belforte, 107 - Centro, Mossoró - RN, 59600-100 FONE: (06)35517-40  
Tribunal: Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte

Reconhecimento de Firma 2020-000896

Reconheço, por autenticidade, a firma de  
ELIADE GOMES DA SILVA, 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, na data de 16/04/2020, para a assinatura  
desta procuração, em nome do outorgante.  
Mossoró, 16/04/2020. Patricia Daiane da Silveira Freitas  
Assinatura do Outorgado



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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.

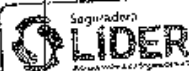
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15737338





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora: **LIDER**

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

2 - Nº do sistema DA ASL: **043349084-40** e nome completo da vítima: **Elisabe Gomes da Silva**

3 - Nome completo: **Elisabe Gomes da Silva**

7 - Profissão: **Porteira** 8 - Endereço: **Rua da Alegria**

11 - Bairro: **Belo Horizonte** 12 - Cidade: **Monte**

15 - E-mail: **lido.poroi**

9 - Número: **230** 10 - Complemento: **Casa**

13 - Estado: **PA** 14 - CEP: **59600-798**

16 - Telefone: **(84) 99827-0066**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 E 18 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 da lei, 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\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos de baixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0560** CONTA: **64528** 9

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão ao direito de contratar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 6.190/74), 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 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 não submeter à análise médica obrigatória, sob o risco de, em caso de negativa, não ter direito à indenização do Seguro DPVAT, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.190/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão ao direito de contratar a avaliação médica, caso discorde 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 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: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou marido ou esposa? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentaram e provaram esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir 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 regra): \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra): \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante): **Elisabe Gomes da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Produtor (se houver): \_\_\_\_\_





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 Elzezer 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

Documento(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

Descrição: Motocicleta

Placa: OKC2053

Número do Motor: KC16E8E526675

Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014

UF Veículo: Rio Grande do Norte

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Aduiterado? Não

Situação: Envolvido, Melo Empregado

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 114.290.914-01

Renavam: 01006656038

Número do Chassi: 9C2KC1880ER526675

Cor: PRETA

Município Veículo: Mossoró

Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Quantidade: 1 Unidade

Última Atualização Denatran: 20/04/2018

Nome Envolvido

Envolvimentos

Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Elzezer Pinto

Impressão por: Erivelton Polari Alves

Data de Impressão: 16/01/2020 09:18

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 30/07/2020 21:27:15

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073021271482500000055877340>

Número do documento: 20073021271482500000055877340

Num. 58185049 - Pág. 15





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

Agente da Polícia  
Matrícula 123.527-3

Responsável pelo Atendimento

ELIABE GOMES DA SILVA

(Vítima / Comunicante)

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



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 043349084-40 3 - CPF da vítima: Eliabe Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Eliabe Gomes da Silva 6 - Nº: 043349084-40 7 - Profissão: Porteira 8 - Endereço: Rua da Alegria 9 - Número: 230 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Minas 13 - Estado: 14 - CEP: 59600-798 15 - E-mail: Não possui

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:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 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 - BANCOS BENEFICIÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (301) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0560 CONTA: 64528

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 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 30 (trinta) dias do pedido; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da 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 não submeter a análise médica presencial, caso necessário, às taxas da Seguradora LIDER para verificação da ocorrência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autodeclaração não significa concordância com a futura avaliação médica do condômino do direito de contestar a avaliação médica, e não discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ 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), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se vítima deixou, informar vivos: 30 - Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? ☐ 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, após a análise da declaração no Seguro DPVAT por morte, poderá pagar a utilização do ressarcir o valor recebido, além da indenização, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a utilização do ressarcir o valor recebido, além da indenização, conforme o disposto no artigo 239 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a vítima): 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a vítima): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vítima):

38 - Nº | Nome: 39 - CPF: Assinatura de testemunha: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Promotor (do Power):

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Promotor (do Power):

42 - Assinatura do Representante Legal (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, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN  
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915  
e-mail: samumossoroc@hottnail.com

