

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 07.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Devido à sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

166.00715.98-8

NÚMERO

3715698

SÉRIE

003-0

UF

GO

Wanderson da Silva Ovidio

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



VITIMA

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



WANDERSON DA SILVA OVIDIO

PRACÇÃO: FRANCISCO DAS CHAGAS SOARES

VERA LUCIA DA SILVA

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NATAL - RN

DOCUMENTO: C1 0008788 19722009 SUPUS RN

LEI Nº 13.043 DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 07.347.814-76

VIT. ELEITOR: CNR

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTGO - 22/02/2010

ASSINATURA DO TITULAR

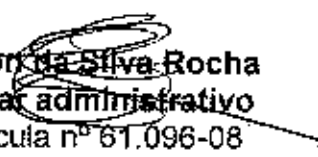
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

ELICIA	DATA DE EMISSÃO	PAÍS
DOCUMENTO	DATA DE EMISSÃO	PAÍS
NOME	DOCUMENTO	DATA DE EMISSÃO
DOCUMENTO	DATA DE EMISSÃO	PAÍS
NOME	DOCUMENTO	DATA DE EMISSÃO
DOCUMENTO	DATA DE EMISSÃO	PAÍS
NOME	DOCUMENTO	DATA DE EMISSÃO
DOCUMENTO	DATA DE EMISSÃO	PAÍS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **WANDERSON DA SILVA OVIDIO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 01/02/2019 aproximadamente às 19h55min, na Avenida Doutor João Medeiros Filho, Redinha, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 242602/2**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 27 de março de 2019.


Everton da Silva Rocha
Auxiliar administrativo
Matrícula nº 61.096-08
Coordenação administrativa SAMU 192 Natal

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 242602/2

Data: 01/02/2019

CHAMADO

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação:

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: RICARDO ALEXANDRE RAMOS BARBOSA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 18 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: EDIVALDO SOARES DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOÃO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: TIAGO

Telefone: 084988161248

Nome do Paciente:

WANDERSON DA SILVA ODILIO

Idade: *

26 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.2517838 Longitude: -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NITERÓI //SENTIDO IGAPÓ - REDINHA // APOS CAJU SOCYTE // EM FRENTE AO EXPANSIVO //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2019 19:58:43 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: 02 VÍTIMAS -AS DUAS VÍTIMAS DA COLISÃO ESTAVAM NA MOTO. PACIENTE CONSCIENTES NO QTH, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVENIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
01/02/2019
19:55:33

Saída Local:
01/02/2019
21:03:05

Regulação Médica:
01/02/2019
19:58:43

Chegada Destino:
01/02/2019
21:31:07

Solicitação VTR:
01/02/2019
20:26:36

Liberação Destino:
01/02/2019
23:42:10

Saída VTR:
01/02/2019
20:27:47

Liberação VTR:
01/02/2019
23:42:11

Chegada Local:
01/02/2019
20:39:53



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **6372 /2019**

Admissão: **01/02/2019 21:41:25**

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **113021 - WANDERSON DA SILVA OUVÍDIO** (26 a 11 m 15 d)

Nascimento: 15/02/1992 Natural: NATAL, BRASIL

CNS: CPF: 01734761474 Prof:

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA Pai:

Logradouro: SERTÃOZINHO, 174

CEP: 59125140 Bairro: PÔTengi

Telefone: 84 988731827 Cidade: NATAL

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: PACIENTE SEM DOCUMENTO

Classificação: 01/02/2019 21:34:18

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA FACIAL, CORTE ABDOME, OLHO EDEMACIADO, QUEDA DE MOTO (PACIENTE SEM DOCUMENTO)

Hora:

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 01/02/19 Hora: 23:16

Técnico: JH/GRUPO

Exame: RAX/CRANIO

Médico: Dr. ROBERTO

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas livres sem cervicalgia

B Língua úmida

C Pulso cheio FC: 70 130 x 80

D Reflexos 1

E Trauma de face; hemis contusão

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

BOLETIM FATURADO

EM: 29/6/19

*Saída: -

Realizado em: 01/02/19 Hora: 23:30

Técnico:

DIAGNOSTICO INICIAL - CID



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Wanderley da Silva Durichio Idade: 26 N° Reg:
Serviço: Cirurgia Enr: Relatório Leito:

AO SERVIÇO Oftalmologia

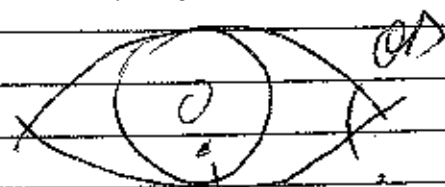
MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente vítima de acidente de trânsito, vítima de queda de sete metros, com colisão contra carro. Estava de cabeça para trás, relatando impacto de cabeça contra vidro traseiro do carro. Seguiu trajeto com incontinência e compêndio ordo-igomético que não apresenta alterações relativamente. Se queixa de "bola que aperta e põe o olho". No exame físico apresenta aumento de volume em parte inferior do palpebro superior do OD, na porção medial. Solicita avaliação pela equipe de oftalmologia, se possível após estanho.

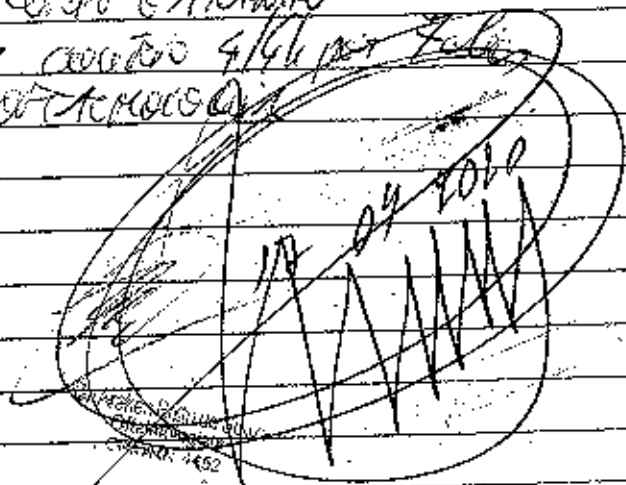
Natal 02 de fevereiro de 20 19

José Witor de Macedo Santos
Cirurgião Oftalmologista
CRM: 10.000 - Fatores
Oftalmologia - LRF 101
Secretaria 5555
Médico que solicita o parecer

PARECER



L CORPO ESTRANHO (FRAGMENTO DE VIDRO)
CD/OD TETRO CORPO ESTRANHO
2 VÍDEO COCÓ 4/4 por Fatores
3/4 DA OFTALMOLOGIA



Em 02 de Fev. de 20 19

Médico que emite o parecer

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de tórax; fêver.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dipnóico 2 anos r.

Hx FM

Rachado de tórax

Pneumonia

cm: 44

Transtorno de ansiedade

cirurgia geral

Rachado de tórax : sem hemor.

Pneum. Sem consolidação

O2 : 1) saturação de

+ 12, 45 batidas

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

BNF

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL / DOD-HUOL/UFRN

Natal, 02 de Abril de 2019.

Laudo Profissional

O paciente Wanderson da Silva Ovídio, 26 anos, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUOL-UFRN em 11/02/2019 após acidente motociclístico, queixando-se de dor e dificuldade de abertura bucal.

Ao exame físico observou-se edema +1/+4 em região mandibular bilateral e em região geniana direita, maloclusão, limitação de abertura bucal e mobilidade interfragmentar. Paciente relatava dor em região pré-auricular bilateral e parestesia em lábio inferior. Ao exame de imagem verificou-se fratura de côndilo mandibular esquerdo, corpo mandibular direito e complexo zigomático-maxilar direito.

Após avaliação clínica e radiográfica, planejou-se osteossíntese das fraturas, sob anestesia geral, a mesma foi realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes no dia 12/05/19.

Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com pós-operatório de 1 mês e 20 dias, sem queixas algícas, oclusão estável, compatível com a oclusão prévia ao trauma, edema intra-oral em processo de completa regressão, sem sinais de inflamação/infeção e/ou deiscência referindo parestesia. O mesmo está apto a retomar suas atividades profissionais.

Residência de A. Neto
Bucco-Maxilo-Facial
DOD-HUOL/UFRN
CRO/RN: 5217

Luís Ferreira de Almeida Neto
Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial DOD-UFRN/HUOL
CRO/RN: 5217

Observação do Apoio:

CONDUTA

Conduta VTR

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

01/02/2019 21:13:09 - COMUNICADOR

TARM MADALENA : DR. ANDRE IRÁ RECEBER PACIENTE

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

Vaga Negada - Motivo:

H. ligação ao serv prop.:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

- SELECIONE -

23:53

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

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 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 036 640 974 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WANDERSON DA SILVA OLIVEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.347.634 / 74

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WANDERSON DA SILVA OLIVEIRO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.347.634 / 74 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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 FAZENDA NOVA</u>	Número: <u>08</u>	Complemento:
Bairro: <u>CIDADE DA ESPERANÇA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:	CEP: <u>59 070 390</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 9 8779-0612</u>

Local e Data: NATAL 23 DE ABRIL DE 2020

André da Cruz Gonçalves
Assinatura do Declarante



ANDRE

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE

ABR/2019

CÓDIGO MINHA OI
401882621833

VENCIMENTO

13/05/2019

Emissão em 25/04/2019
Período de 23/03/2018 a 23/04/2019

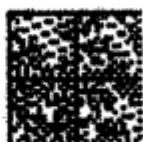
PAGAR (R\$)

61,47

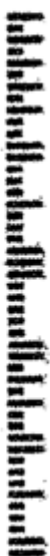
2019-04-25 10:11:53 JSN



SERVIÇOS UTILIZADOS



29104574



CTC RECIFE PE PL9
ANDRE DA CRUZ GONCALVES
RUA FAZENDA NOVA 8
CIDADE DA ESPERANCA
59070-390 - NATAL - RN



QUE TAL
FATUROMA



7213512820 29170 00004304574 30 020519

www.seguradoralider.com.br

salva +

Como se vê, trata-se de um seguro
eminentemente social.
O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores
de Via Terrestre ou por sua Carga e Pessoas Transportadas ou Não) foi
criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos
em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.

Seguro DPVAT - Proteção para todos.

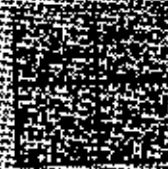
LIDER



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



WANDERSON DA SILVA OVIDIO
R SERTAOZINHO, 174
POTENGI
CEP 59125-140 - NATAL - RN

DEVOÇÃO

Seguradora Líder - DPVAT

CAIXA POSTAL 40.970

CEP: 20011-905

www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

☐ Mudar-se
☐ Desconhecido
☐ Recusado
☐ Ausente
☐ Não procurado

Data _____
Faltado
☐ Não existe o nº indicado
☐ Endereço incorreto

☐ Melhorar
☐ Simplicar
☐ Fortificar

Responsável pela informação

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

017.347.634.74 WANDERSON DA SILVA OLÍDIO

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

5 - Nome completo:

WANDERSON DA SILVA OLÍDIO

6 - CPF:

017.347.634.74

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA SERTÃOZINHO

9 - Número:

174

10 - Complemento:

11 - Bairro:

OTENGI

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.125-140

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(31) 98799-0632

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2010

CONTA:

00178541

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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 existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de 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 discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 nascituro (vários)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, NATAL 22 ABRIL 2020

Wanderson da Silva Olídio

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Indira Sales Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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 TRÂNSITO

BOAT 101010

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DR. JOÃO M. FILHO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL-RN P. Ref. SAVA JATO DO NITROU
Data 01/10/2019 Hora do acidente 20:30 Hora do registro 20:42 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 OWG-2971 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. MARCOPOLO/VIARE Cor BRANCA Ano 2014
Proprietário ARNALDO APOLIO DE LIMA N° de Ocupantes 01
Condutor JORGE CARLOS DE LIMA Data de Nasc. 29/05/1958
Endereço AV. ANTONIO BASILIO N° 129 Fone 98717-9577
Bairro QUINTAS Cidade NATAL UF RN
CPF N° 142.983.784-04 CNH N° 0241363454 Validade 07/10/2021 Categoria D
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi LSJ-4235 Cidade JAB. DOS GUARARAPES UF PE
Marca/Mod. CITROEN/PICASSO Cor PRATA Ano 2011
Proprietário WILSTON RODRIGUES DE SOUZA N° de Ocupantes 01
Condutor FABIANA BEZERRA DOS SANTOS Data de Nasc. 21/01/1981
Endereço RUA JOSE CARLOS PANCHICO COSTA N° 62 Fone 99932-3174
Bairro REDINHA Cidade NATAL UF RN
CPF N° 03411313420 CNH N° 04424006833 Validade 01/10/2023 Categoria B
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi NOD-7621 Cidade S.G. MANGABEIRA UF RN
Marca/Mod. HONDA/CB 300R Cor AMARELA Ano 2013
Proprietário LUCIANO DALLINO DA SILVA N° de Ocupantes 02
Condutor WANDERSON DA SILVA OLIVEIRA Data de Nasc. 15/02/1993
Endereço RUA SERRA DA ARAGUATA N° 174 Fone 98789-8006
Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
CPF N° 017347614-74 CNH N° _____ Validade 1/1/1 Categoria _____
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPU / REDINHA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALLEGRA QUE ESTAVA PARADO ADENTRO NA GARAGEM QUANDO SE SENTIU O IMPACTO.

Assinatura do Condutor do V1 [Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPU / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALLEGRA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO FOI SUPERADO PELO U-3 COLIDINDO NA TRASEIRA EM SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V2 [Assinatura]

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. DR. JOÃO M. FILHO

Em que sentido? IGARAPU / REDINHA

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor ALLEGRA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O U-3 ENTROU DEZ O MESMO TENTOU DESVIA-SE DOTEU O GUIÃO DO U-1 FOI QUANDO PERDEU O CONTROLE VINDO A COLIDIR NA TRASEIRA DO V-2.

Assinatura do Condutor do V3 [Assinatura]

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

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipn 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	☐ Ative Ingreze	☐ Inundada	☐ Do Semáforo
☒ Noite c/ Iluminação	☐ Nebliana	☐ Cascalho	☐ Ative Suave	☐ Poças D'água	☐ Faixa de Pedestre
☐ Noite s/ Iluminação	☐ Outros	☐ Terra	☐ Declive Ingreze	☐ Oleosa	☐ Linha
☐ Iluminação Deiciente		☐ Outros	☒ Declive Suave	☐ Enfameada	☐ Placa(s)
			☐ Lombada	☐ Em Obras	☐ Lombada eletrônica
			☐ Cruzamento	☐ Com Buraco	☐ Vel. Máx. Perim. KM/H
			☐ Rotatória	☐ Com Areia	
			☐ Retorno		
			☐ Estroncamento		
			☐ Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

 **ÁRVORE**
 **VESTÍGIOS**
 **SEMÁFORO**
 **PEDESTRE**
 **BICICLETA OU MOTO**
 **CARRO DE PEQUENO PORTE**
 **CAMINHÃO OU ÔNIBUS**
 **CARRETA**

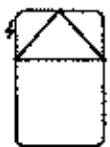
RUA DE JOÃO M. FIGUEIRA
 CANTEIRO CENTRAL
 RUA TEREZINHA
 RUA CASTELO
 RUA JATO

RUA DE JOÃO M. FIGUEIRA
 CANTEIRO CENTRAL
 RUA TEREZINHA
 RUA CASTELO
 RUA JATO

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

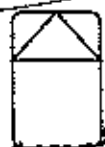
AVARIAS DO VEÍCULO 1

CAPA LATERAL, DANTEIROS



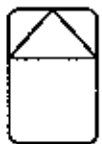
AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARA-CHO TRÁSERO, PARACHOQUE, LÂMPAS DO PORTA-MALA, LANTERNA PARTE LATERAL DA L. DIREITA E DANOS INTERIORES A VERIFICAR.

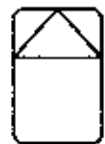


AVARIAS DO VEÍCULO 3

FAROL, PARALANAS DIANTEIRO, PAINEL RETROVISORES, MANEJA DIRETA, PROTETOR DO CANO DE ESCAPE, TALLONE E TELESCÓPIO, E DANOS MECÂNICOS A VERIFICAR.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome MARIANA BEZERRA DOS SANTOS
RG N° 18.015.33 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 22/10/1981
Endereço RUA JOSE CARLOS RANALHO COSTA N° 67 Fone _____
Bairro REINHA Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
12 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome ARTHUR RONALD MARTINS DA SILVA
RG N° 003.422.509 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 13/10/1997
Endereço RUA CARIBE N° 43 Fone 988.17-1576
Bairro POTENGI (C) SANTAREM Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
13 - ☒ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome WANDERSON DA SILVA OLIVEIRA
RG N° 003.876.93 Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 15/10/1992
Endereço RUA SERA DA ARAGUATA N° 174 Fone 98789-2006
Bairro POTENGI Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
14 - ☐ Vítima condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Presença: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO APT N° 1164231 COD/DESD 501-00

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO U-3 FOI ENTREGUE AO SR. JOSE CARLOS DE SOUZA ALVES
CPF. 498.530.504 COM 015.263.59437 CAT. AB ASS. por Carlos de S. Alves
INFORMO QUE O PASSAGEIRO E O CONDUTOR DE U-3 FOI CONDUZIDO AO H. LUIS SARINHA
PELA SAÍDA NATAL E A CONDUTORA DE U-2 PERMANECER NO LOCAL EM ESTADO DE CHOQUE E
OS FAMILIARES RELATOU A MESMA AO PRANTO SOCORRO NA INDICAÇÃO.
TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DE U-3 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A -
VERSÃO.

Nome Completo do Agente Carlos Dion Abdon
POSTO/GRAD.: 3: SGT PM N° 26.411 Viatura DRE-107 Substância: 1: OPRE
Local e Data NATAL 01 de FEVEREIRO de 2019
Assinatura do Agente de Trânsito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

017.347.634.74 WANDERSON DA SILVA OLÍDIO

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

5 - Nome completo:

WANDERSON DA SILVA OLÍDIO

6 - CPF:

017.347.634.74

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA SERTÃOZINHO

9 - Número:

174

10 - Complemento:

11 - Bairro:

OTENGI

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.125.140

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(84) 9879-0632

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2010

CONTA:

00178541

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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 existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de 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 discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 nascituro (vairascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, NATAL 22 ABRIL 2020

Wanderson da Silva Olídio

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Indira da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156607

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000178541-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200156607

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000178541-0

Nr. da Autenticação 8E57D61EE56C4F20

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309353/19

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

CPF: 017.347.614-74

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 01/02/2019

Titular do CPF: WANDERSON DA SILVA
OVIDIO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WANDERSON DA SILVA OVIDIO : 017.347.614-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019
Nome: WANDERSON DA SILVA OVIDIO
CPF: 017.347.614-74

WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190519992 Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

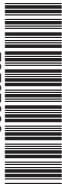
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.

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



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190519992

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

Data do Acidente: 01/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WANDERSON DA SILVA OVIDIO

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121818/20

Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

CPF: 017.347.614-74

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 01/02/2019

Titular do CPF: WANDERSON DA SILVA OVIDIO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRE DA CRUZ GONCALVES : 016.640.974-06

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

WANDERSON DA SILVA OVIDIO : 017.347.614-74

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: 24/04/2020
Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES
CPF: 016.640.974-06

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA



Dra. Suelly Fernandes Ribeiro de Sousa

OAB/RN 17.267

Dra. Geanara Araújo de Lima

OAB/RN 16.005

Dra. Maria Amélia Dias Ikeda

OAB/RN 8.679

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sr(a) Wanderson da Silva Aídio brasileiro(a),
estado civil solteiro profissão autônomo portador(a) do Rg. nº 203.187.693-
SSP/RN e CPF de nº: 017.347.614-74 residente e domiciliado na
R: Santaquinha nº 174 Bairro Potengi - Município de
Natal RN. CEP: 59.125-140, com telefone para contato: (84)
98781-8006; Email: _____

OUTORGADO: ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES, brasileiro, casado, autônomo, residente
e domiciliado à Rua fazenda Nova, nº 8, Bairro da Cidade Da Esperança – Natal/RN CEP
59070-390, inscrito no CPF de nº 016.640.974-06 e no RG de nº 002.324.034 SSP/RN, com
telefone para contato (84) 9 8779.0612.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) **OUTORGANTE** nomeia e constitui o
OUTORGADO seu bastante procurador, para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Wanderson da Silva Aídio, ocorrido
em 04/02/2019, conforme registrado no B.O anexo ao processo.

Podendo o dito **PROCURADOR**, representar o(a) **OUTORGANTE** como se o próprio fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar
autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro DPVAT, enfim
requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais
atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

NATAL, 23 de ABRIL de 2020

Wanderson da Silva Aídio
CPF nº 017.347.614-74
Outorgante

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

Espaço Comercial André Barbosa
Rua dos Canindés nº 1235, Bairro Alecrim, CEP 59030-600,
Telefone 084 99192.9564 // 98811.6496.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200156607 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON DA SILVA OVIDIO **Data do acidente:** 01/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TRAUMA DE FACE/MANDÍBULA/ZIGOMÁTICO)(PAG.03.04.05.07)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA (PAG.07)

Sequelas permanentes: POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

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