



Número: **0800182-34.2020.8.20.5105**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Macau**

Última distribuição : **10/02/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58597648	12/08/2020 15:39	2742202_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699630

Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

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 15253298

Pag. 00511/00512 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699630

Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA**

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

Banco: **237**

Agência: **000005878-5**

Conta: **000000009220-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 12/08/2020 15:39:24

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081215392438800000056260356>

Número do documento: 20081215392438800000056260356

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0009 CONTA: 220

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5878 CONTA: 0009220

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
de quem
assina a
rogatória

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maceo 19-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BDN - Bradesco Dia e Noite
Conta Corrente

Data: 22/11/2019 Term: 034688 N.Trans: 1101

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 5876 / MACAU
Conta: 0008220-7

Titular 1: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Sujeito a conferência.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 727 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados

Obrigado
Tenha um bom dia





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Policia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: Delegacia Municipal de Guamaré

Endereço: RN 221, S/N, Conjunto Vila Maria, GUAMARÉ, FONE/FAX: 84 9 94867390

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201923200265

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/10/2019 16:34:52

1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 13/08/2019 08:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Desconhecida

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.4 Flagrante: Não

2.8 Tipo do local: Via Pública

2.6 Número: S/N

2.7 Logradouro: RN 401

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: CENTRO

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: GUAMARÉ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: MANOEL BENTO NETO

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: MARIA EMILIA DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 56755406449

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 22/02/1988

3.13 Profissão: MONTADOR DE ANDAIME

3.14 RG: 885774 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 999574388

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 04 B

3.18 Naturalidade: MACAU RN

3.19 Bairro: CANTO DO PAPAGAIO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: R. PROJETADA

3.23 Cidade: MACAU

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****567387

7.1.4 Renavam: 856728457

7.1.5 Placa: MYZ4282

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

7.1.8 Ano do Modelo: 2008

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MARQUES DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, QUANDO O ESTIRANTE DO COLETE SALVA VIDAS ACABOU ENGANCHANDO NA RODA DA MOTO, FAZENDO O VEICULO PARAR BRUSCAMENTE E QUE A VITIMA VEIO A CAIR, SOFRENDO ESCORIAÇÕES, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A CIDADE DE GUAMARÉ/RN, E QUE DEVIDO A GRAVIDADE, NO DIA SEGUINTE A VITIMA FOTENCAINHADA PARA O HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE EM NATAL/RN.

8.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 14/10/2019

Usuário: 2039176 - HILDEGARDES JÁCOME MARIZ

Complemento: ONDE SE LÊ QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, LE-SE SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL DE GUAMARÉ/RN

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 14/10/2019 16:34:52

Policial

Interessado



Policial direito

Atendimento: 2039176 - HILDEGARDES JÁCOME MARIZ

Impresso por: 2039176 - HILDEGARDES JÁCOME MARIZ em 14/10/2019 16:58:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

14/10/2019 16:58:40

Protocolo: J201923200265 - Cargo de autenticar: 2416f9f75e0d95ca390e5b960ea7bb23

Página 11



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 12/08/2020 15:39:24

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081215392438800000056260356

Número do documento: 20081215392438800000056260356

Num. 58597648 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

567.554.064-49 Domingos Saviu de Oliveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 5878 CONTA: 0009220

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Macau 19-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05878-5

CONTA: 000000009220-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2312201905000000000023705878000000009220168750 PAGO





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1533, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.363/0001-35 (INSC. Estadual: 20035.426-8)
Admin. Central (84) 3282-4432 / Devidor: (84) 3282-4562

SISTEMA DE DEBENTOS

115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 20/09/2019 ÀS 16:08:30

DADOS DO CLIENTE		INSCRIÇÃO	ROTA	SEGURITA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
		7043193	6	4091	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA								
RUA PROJETA 221, N, SN - PAPAGAIO MACAU RN								
59500-020								
INSCRIÇÃO		ROTA		SEGURITA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
765.002.360.0039.000		6		4091				
HIDRÔMETRO		SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO				
A067010645		LIGADO		POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (M3): 0		DATA LEITURA:		20/09/2019				
		LEIT. ATUAL:		636				
		LEIT. ANT.:		636				
		DIAS CONSUMO:		31				
HISTÓRICO DE CONSUMO								
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA		
08/2019	0	06/2019	0	04/2019	0	0		
07/2019	0	05/2019	0	03/2019	0	0		
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)				
ÁGUA								
RES ENTRE 50 E 300M 1 UNIDADE(S)								
CONSUMO DE ÁGUA		0 M3		39,99				
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019				0,30				
JURAS DE MORA 07/2019				0,41				
TRIBUTOS								
BASE DE CÁLCULO		PERCENTUAL(%)		VALOR DO IMPOSTO				
PIS		39,99		1,65				
COFINS		39,99		7,6				
VENCIMENTO		27/09/2019		TOTAL A PAGAR		41,20		
ANEXO 1 - RESULTADO DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA								
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Clore Residual Livre	Nitrito (em mg/L)			
Valores Recomendados	≤ 5,0 NTU	6,0 a 9,0	% de Amplitude	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L			
Valores Obtidos	1,01	7,33	100,0 %	1,55	---			





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1665, Tirol, CEP 59015-400
CNPJ: 08.334.385/0001-05 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4552

SISTEMA DE ABASTECIMENTO

115

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 20/09/2019 ÀS 16:08:39

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

7043198

09/2019

DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA
RUA PROJETADE 221, N, SN - PAPAGAIO MACAU RN
55560-030

DISCAGEM		ROTA	SEQ ROTA	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES			
765.002.566.0889.000		5	4091	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A067010645		SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL			
CONSUMO ÁGUA (M3): 0		DATA LEITURA: 20/09/2019		LEIT. ATUAL: 636			
				LEIT. ANT.: 636			
				DIAS CONSUMO: 31			
HISTÓRICO DE CONSUMO							
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA	
08/2019	0	06/2019	0	04/2019	0	0	
07/2019	0	05/2019	0	03/2019	0		
DESCRIÇÃO				CONSUMO		TOTAL (R\$)	
ÁGUA							
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)							
CONSUMO DE ÁGUA				0 M3		39,99	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019						0,30	
JUROS DE MORA 07/2019						0,41	
TRIBUTOS				BASE DE CÁLCULO		PERCENTUAL (%)	
PIS				39,99		1,55	
COFINS				39,99		7,6	
VENCIMENTO				27/09/2019		TOTAL A PAGAR	
						41,20	
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA							
Parâmetros	Turbidez	PH	Coli. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)		
VMP - Recomendado	≤ 4,0 uT	6,0 a 9,0	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L		
Valores Obtidos	1,01	7,33	100%	1,33			



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 12/08/2020 15:39:24

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081215392438800000056260356>

Número do documento: 20081215392438800000056260356

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Dominique Samara S. Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.354.474/85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Domingos Sávio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.554.064/49 do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da Vítima Domingos Sávio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.554.064/49 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 Profissão Papagaio</u>		Número <u>221</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Papagaio</u>	Cidade <u>Marau</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59500-000</u>
Email <u>Ricardo</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(84) 9953 8106</u>	Telefone celular (DDD)

Marau, 12 de Novembro de 2019
Local e Data

Dominique Samara Souza de Oliveira
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Guarapiranga

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPIRANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA



Pronto Socorro

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Data: 13/08/19 Hora: 09:08 Registro Nº: 011111
Nome: Domenica Sadio de Oliveira Data Nas: 22-12-1968
Nome da Mãe: _____
End: _____
PA: _____ Temperature: _____ Pulse: _____

QUEIXA PRINCIPAL (EXAME FÍSICO)

Acne no rosto com ruínas
pele vermelha e com coceira
Chamar 15

DIAGNÓSTICO

Acne no rosto

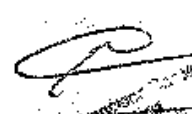
EXAMES COMPLEMENTARES

DESTINO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO (DE _____ HS ÀS _____ HS)

() ENCAMINHAMENTO PARA _____

() LIBERADO () EVASÃO () ÓBITO


ASSINATURA COM CARIMBO DO MÉDICO



PREScrição Médica:

1) Coprol 35 x 100 mg
 2) Penicilina V 1250 mg
 3) Diclofenaco 75 mg
 4) Cetilato 100 mg
 20A3D

COREN-RN 1190359-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10/ SF0,9x - 100 ml
 - PR-MAL - 2 ml
 - CETOPROFENO - 100 mg
 E. Agora
 2 de 03 och

Ivany Varela M. da Silva
 Técnico de Enfermagem
 Coren-RN 710.036

Dr. Antônio Antunes

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Son. Freitas
 CRM/RN 8381

Tratado Pericardio
 Pádua (amb.)





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HAPNATAL

NºPedido: 32936304

Data 12/09/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 5799479 DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Nascimento...: 22/02/1968 Sexo: M

CPF.: 56755406449

Endereço...: R PROJETADA 04 CANTO DO PAPAGAIO MACAU RN 59100000

Tel.: 999274388

Convenio...: HAPVIDA NATAL

Matricula...: 03CGE000052000018

Solicitante: Dr(a) JUDSON WELBER VERIS

Queixa Principal:

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS DIREITO

!Ö`fB"

6197616731

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em rádio distal com placa metálica e parafusos.

Há fio de Kirschner estabilizando rádio distal.

Presença de fratura em processo estíloide da ulna.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

R7944

Impresso por: MAXMN

Em: 30/09/2019 11:03:54



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 12/08/2020 15:39:24

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081215392438800000056260356>

Número do documento: 20081215392438800000056260356

Num. 58597648 - Pág. 13



ANTONIO
PRUDENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

AV PRESIDENTE QUARESMA, 930 - ALECRIM

59031-115 NATAL - RN

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA às 09:15, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 13/08/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S62

Código da Doença

Natal 13/08/19
Local e Data

Assinatura do Médico

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM 6892

Dr. Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6892
Rég. 10018

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BCPJP89L1D7C2

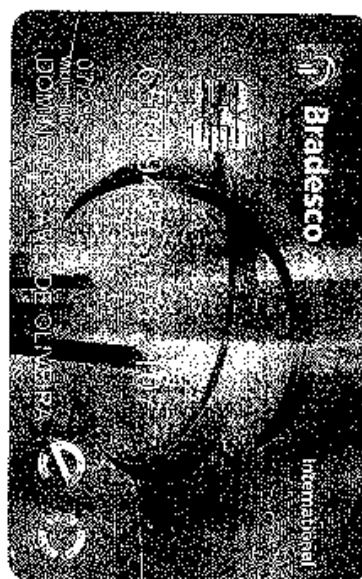
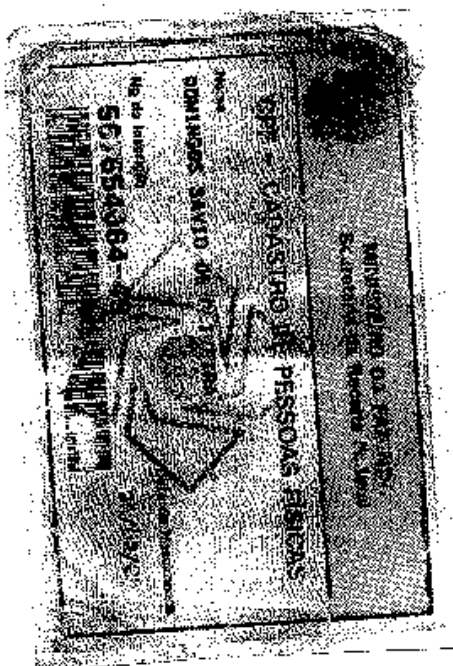
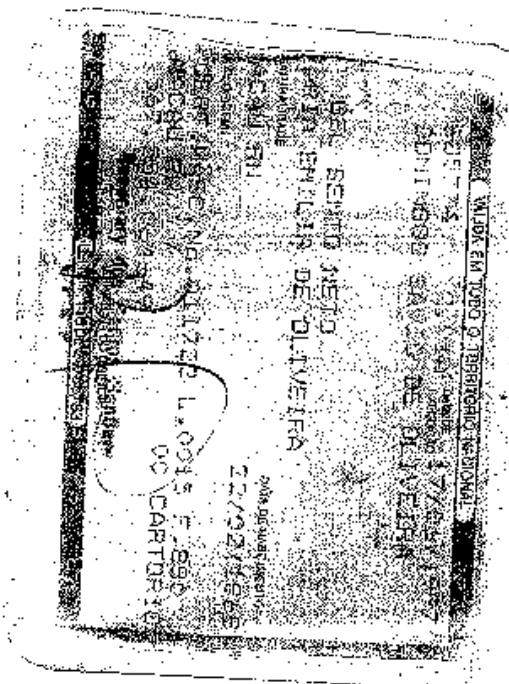
R3002

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO 15/08/2019 09:15

19.1.33.209



[illegible]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN Nº 6761997562

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2000

DATA 24/04/2000

COG RENAVAM 359728457

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MORAES DA SILVA

R. JIMAR DORNELIQUE, 8

PORTO SMO PEDRO

59.500-000 MACAU/RN

CPF/CGB 822.135.394-20

PLACA ANT/DIF NYZ4202

CLASSI 242000108156307

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

VEÍCULO

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

RN Nº 6761997562

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2000

DATA EMISSÃO 02/04/2000

COG RENAVAM 359728457

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MORAES DA SILVA

R. JIMAR DORNELIQUE, 8

PORTO SMO PEDRO

59.500-000 MACAU/RN

CPF/CGB 822.135.394-20

PLACA NYZ4202

CLASSI 242000108156307

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

VEÍCULO

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

RN Nº 6761997562

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2000

DATA EMISSÃO 02/04/2000

COG RENAVAM 359728457

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MORAES DA SILVA

R. JIMAR DORNELIQUE, 8

PORTO SMO PEDRO

59.500-000 MACAU/RN

CPF/CGB 822.135.394-20

PLACA NYZ4202

CLASSI 242000108156307

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

VEÍCULO

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

RN Nº 6761997562

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2000

DATA EMISSÃO 02/04/2000

COG RENAVAM 359728457

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MORAES DA SILVA

R. JIMAR DORNELIQUE, 8

PORTO SMO PEDRO

59.500-000 MACAU/RN

CPF/CGB 822.135.394-20

PLACA NYZ4202

CLASSI 242000108156307

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

VEÍCULO

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

RN Nº 6761997562

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2000

DATA EMISSÃO 02/04/2000

COG RENAVAM 359728457

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MORAES DA SILVA

R. JIMAR DORNELIQUE, 8

PORTO SMO PEDRO

59.500-000 MACAU/RN

CPF/CGB 822.135.394-20

PLACA NYZ4202

CLASSI 242000108156307

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

VEÍCULO

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

RN Nº 6761997562

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2000

DATA EMISSÃO 02/04/2000

COG RENAVAM 359728457

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MORAES DA SILVA

R. JIMAR DORNELIQUE, 8

PORTO SMO PEDRO

59.500-000 MACAU/RN

CPF/CGB 822.135.394-20

PLACA NYZ4202

CLASSI 242000108156307

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

VEÍCULO

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

ANOMOD

RN Nº 6761997562

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2000

DATA EMISSÃO 02/04/2000

COG RENAVAM 359728457

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MORAES DA SILVA

R. JIMAR DORNELIQUE, 8

PORTO SMO PEDRO

59.500-000 MACAU/RN

CPF/CGB 822.135.394-20

PLACA NYZ4202

CLASSI 242000108156307

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

VEÍCULO

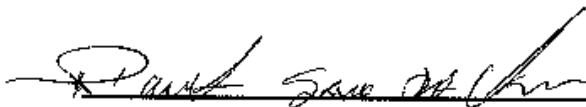
ANOMOD

ANOMOD

DECLARAÇÃO

EU Domingos Sávio de Oliveira
portador (a) da cédula de RG de N° 88 5774 e
CPF 567.554.064-49 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Bradesco
para regularizar minha conta corrente de agência
5878, número 0009220-7 para pode receber o
benefício da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Macau 19 de Novembro de 2019.



ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699630 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS+FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 PUNHO ESQUERDO.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699630 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS+FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 PUNHO ESQUERDO.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: MONITADOR DE ANDARIM, Data do Acidente 13-08-2019
Cobertura envolvida, portador(a) do RG 885774, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 567.554.064-49 residente no(a)
RUA PROJETADA PAPAGAIO nº 221,
bairro: PAPAGAIO, município: MACAU / RN.

OUTORGADO:

Nome: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DA OLIVEIRA, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRA, Profissão: VEREADORA, portador(a) do RG
003.027730, órgão expedidor ITEP e do CPF: 096.354.474-85 residente
no(a) RUA PROJETADA PAPAGAIO nº 1615 bairro:
Papagaio, município: MACAU / 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, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

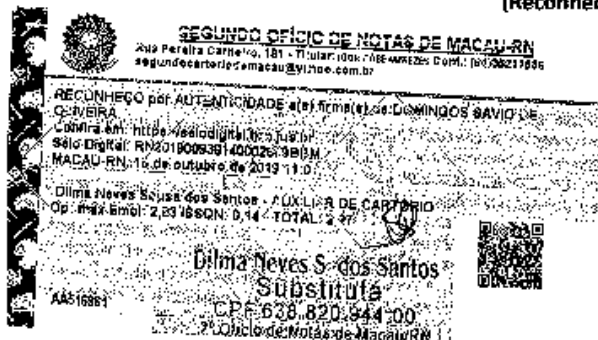
MACAU RN - 15/10/2019

Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451367/19

Vítima: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

CPF: 567.554.064-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2019

Titular do CPF: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA : 096.354.474-85

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

DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA : 567.554.064-49

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: 13/12/2019
Nome: DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA
CPF: 096.354.474-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

DOMINIQUE SAMARA SOUZA DE OLIVEIRA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

