



Número: **0810441-85.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON FRANCELINO LOPES (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58680 253	14/08/2020 10:55	<a href="#">2742952_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Documento de Comprovação



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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053963

Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON FRANCELINO LOPES

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 15479417

Pag. 00553/00554 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053963

Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAILSON FRANCELINO LOPES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01775/01776 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040888



Carta nº 15491908



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/08/2020 10:54:59

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410545921000000056336238>

Número do documento: 20081410545921000000056336238

Num. 58680253 - Pág. 2



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, 27 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200053963**

**Vítima: JAILSON FRANCELINO LOPES**

**Data do Acidente: 29/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JAILSON FRANCELINO LOPES**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: JAILSON FRANCELINO LOPES**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000560**

**Conta: 0000069294-5**

**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



# 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: 057.033.574-70 4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

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

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes 6 - CPF: 057.033.574-70  
7 - Profissão: Separador 8 - Endereço: Vi Chico Mendes 9 - Número: 55 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Tres Marias 12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado 13 - Estado: W 14 - CEP: 59790-000  
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 69294 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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 (vai nascer)? ☐ 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 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

40 - Local e Data, Monção - RJ 15/10/2019

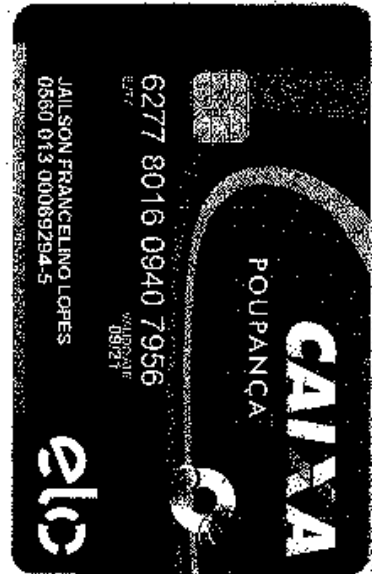
x Jailson Francelino Lopes  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





# 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: 057.033.574-70 4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

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

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes 6 - CPF: 057.033.574-70  
7 - Profissão: Separador 8 - Endereço: Vi Chico Mendes 9 - Número: 55 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Tres Marias 12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rorodo 13 - Estado: W 14 - CEP: 59790-000  
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 69294 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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 (vai nascer)? ☐ 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 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

40 - Local e Data, Monroe - RJ 15/10/2019

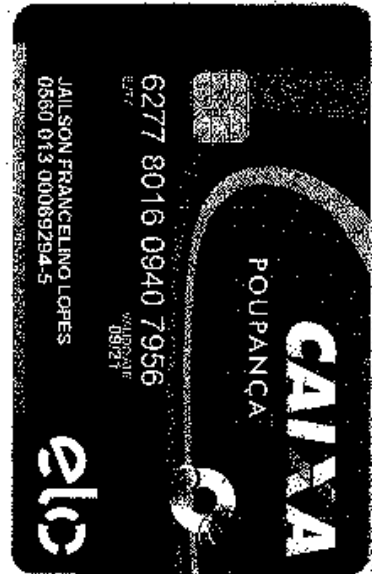
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200053963  
Nome do(a) Examinado(a): Jailson Francelino Lopes  
Endereço do(a) Examinado(a): VI Chico Mendes, 55 Tres Marias  
Zona Rural Governador Dix-sept Rosado RN CEP: 59790-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ DETRAN / RN ] 06463103498  
Data local do acidente: [ 29/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 11/02/2020 ] Mossoró [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA ANTEBRAÇO- DIAFISÁRIA DE ULNA ESQUERDA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO - IMOBILIZAÇÃO COM GESSO POR CERCA DE 35 DIAS.**  
**Data da Alta: 30/01/2020**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**DOR AOS ESFORÇOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE LEVE INTENSIDADE.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**( X ) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DOR AOS ESFORÇOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE LEVE INTENSIDADE.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  

<b>( ) "Vítima em tratamento"</b> <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i>	<b>( ) "Sem sequela permanente"</b> <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>( X ) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
|--|---|

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR  
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:24 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:51  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: Liana Carneiro Aragão

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Governador Dix-Sept Rosado

Data/Hora do Fato: 29/09/2019 03:00

Local do Fato

Município: Governador Dix-Sept Rosado (RN)  
Logradouro: BR 405

Bairro: Zona Rural  
Nº: KM40

Tipo do Local: Área Rural

Naturaza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Outro(s)

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON FRANCELINO LOPES (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Caraúbas	Sexo: Masculino	Nasc: 24/04/1996
Profissão: Separador de Mercadorias	Escolaridade: Ensino Médio Incompleto		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Francisca Julia Lopes de Almeida	Nome do Pai: João Maria Francelino de Almeida		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 017.011.574-70

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN  
Logradouro: Assentamento Três Marias  
Bairro: Zona Rural  
Telefone: (84) 9898-1854 (Celular)

Nº: 55

Nome Civil: MATHEUS VITOR DA COSTA (TESTEMUNHA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Umarizal	Sexo: Masculino	Nasc: 22/06/2000
Profissão: Desempregado	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Rita Cassiana da Silva Vitor	Nome do Pai: Manoel Genário Vitor		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 125.571.124-88



Delegado de Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão  
Impresso por: Thiago de Medeiros Celestino  
Data da Impressão: 10/10/2019 09:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/08/2020 10:54:59

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410545921000000056336238>

Número do documento: 20081410545921000000056336238

Num. 58680253 - Pág. 9



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR  
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

**Endereço**

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN

Logradouro: Assentamento Três Marias

Nº: 46

Bairro: zona rural

Telefone: (84) 9662-9603 (Celular)

**Nome Civil: ANTONIO MARCIO BARBOSA JUNIOR (TESTEMUNHA)**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Severiano Melo

Sexo: Masculino

Nasc: 20/03/1999

Profissão: Agricultor

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Esilvania da Silva

Nome do Pai: Antonio Marcio Barbosa

Em Serviço: Não

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 124.368.654-50

**Endereço**

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN

Logradouro: Assentamento Santo Antonio

Nº: 13

Bairro: zona Rural

Telefone: (84) 9939-5583 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição Honda CG 125 FAN

CPF/CNPJ do Proprietário 017.011.574-70

Placa HYJ4A26

Renavam 00967480094

Número do Motor JC30E78177023

Número do Chassi 9C2JC30708R177023

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

Cor PRETA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN

Modelo HONDA/CG 125 FAN

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 10/04/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

Jailson Francelino Lopes

Proprietário, Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

A vítima/comunicante acompanhado das duas testemunhas já citadas neste boletim de ocorrência, na data, local e hora acima mencionados se dirigiu a esta distrital para informar sobre um acidente automobilístico sofrido na BR 405 no KM 40, quando a vítima se dirigia para assentamento Mulungu, localizado também neste município quando foi surpreendido por um animal (JUMENTO) na pista, ao abarrotar no animal o comunicante caiu ao solo e foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró - RN, sofreu fratura no braço esquerdo. Nada mais disse.



Delegado da Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão  
Impresso por: Thiago de Medeiros Celestino  
Data de Impressão: 10/10/2019 09:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR  
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

ASSINATURAS

Thiago de Medeiros Celestino  
Agente de Polícia  
Matrícula 219.795-0  
Responsável pelo Atendimento

Jailson Francelino Lopes  
(Comunicante / Vítima)

\*Declaro, sob as penas da lei, que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli-  
garam, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão  
Impresso por: Thiago de Medeiros Celestino  
Data de Impressão: 10/10/2019 09:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR  
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 050067/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:24 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:51  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: Liana Carneiro Aragão

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Municipal de Governador Dix-Sept Rosado

Data/Hora do Fato: 29/09/2019 03:00

Local do Fato

Município: Governador Dix-Sept Rosado (RN)  
Logradouro: BR 405

Bairro: Zona Rural  
Nº: KM40

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Outro(s)

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON FRANCELINO LOPES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Caraúbas Sexo: Masculino Nasc: 24/04/1996  
Profissão: Separador de Mercadorias Escolaridade: Ensino Médio Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Francisca Julia Lopes de Almeida Nome do Pai: João Maria Francelino de Almeida  
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 017.011.574-70

Endereço

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN  
Logradouro: Assentamento Três Marias Nº: 55  
Bairro: Zona Rural  
Telefone: (84) 9898-1854 (Celular)

Nome Civil: MATHEUS VITOR DA COSTA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Umarizal Sexo: Masculino Nasc: 22/06/2000  
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Rita Cassiana da Silva Vitor Nome do Pai: Manoel Genário Vitor  
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 125.571.124-88



Delegado de Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão  
Impresso por: Thiago de Medeiros Celestino  
Data da Impressão: 10/10/2019 09:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR  
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

**Endereço**

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN

Logradouro: Assentamento Três Marias

Nº: 46

Bairro: zona rural

Telefone: (84) 9662-9603 (Celular)

**Nome Civil: ANTONIO MARCIO BARBOSA JUNIOR (TESTEMUNHA)**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Severiano Melo

Sexo: Masculino

Nasc: 20/03/1999

Profissão: Agricultor

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Esilvania da Silva

Nome do Pai: Antonio Marcio Barbosa

Em Serviço: Não

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 124.368.654-50

**Endereço**

Município: Governador Dix-Sept Rosado - RN

Logradouro: Assentamento Santo Antonio

Nº: 13

Bairro: zona Rural

Telefone: (84) 9939-5583 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição Honda CG 125 FAN

CPF/CNPJ do Proprietário 017.011.574-70

Placa HYJ4A26

Renavam 00967480094

Número do Motor JC30E78177023

Número do Chassi 9C2JC30708R177023

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

Cor PRETA

UF Veículo Rio Grande do Norte

Município Veículo Mossoró

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN

Modelo HONDA/CG 125 FAN

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 10/04/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

**Nome Envolvido**

**Envolvimentos**

Jailson Francelino Lopes

Proprietário, Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

A vítima/comunicante acompanhado das duas testemunhas já citadas neste boletim de ocorrência, na data, local e hora acima mencionados se dirigiu a esta distrital para informar sobre um acidente automobilístico sofrido na BR 405 no KM 40, quando a vítima se dirigia para assentamento Mulungu, localizado também neste município quando foi surpreendido por um animal (JUMENTO) na pista, ao abarrotar no animal o comunicante caiu ao solo e foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró - RN, sofreu fratura no braço esquerdo. Nada mais disse.



Delegado da Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão  
Impresso por: Thiago de Medeiros Celestino  
Data de Impressão: 10/10/2019 09:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO - GOVERNADOR  
DIX-SEPT ROSADO - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 050067/2019

ASSINATURAS

Thiago de Medeiros Celestino  
Agente de Polícia  
Matrícula 219.795-0  
Responsável pelo Atendimento

Jailson Francelino Lopes  
(Comunicante / Vítima)

\*Declaro, sob as penas da lei, que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção de Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Liana Carneiro Aragão  
Impresso por: Thiago de Medeiros Celestino  
Data de Impressão: 10/10/2019 09:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 057.055.574-70 4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

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

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes 6 - CPF: 057.055.574-70  
7 - Profissão: Separador 8 - Endereço: Vi Chico Mendes 9 - Número: 55 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Três Marias 12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado 13 - Estado: W 14 - CEP: 59790-000  
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 69294 5 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 do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - Grande 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 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

40 - Local e Data, Mossoró-RN 15/01/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







## 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 057.055.574-70 4 - Nome completo da vítima: Jailson Francelino Lopes

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

5 - Nome completo: Jailson Francelino Lopes 6 - CPF: 057.055.574-70  
7 - Profissão: Separador 8 - Endereço: Vi Chico Mendes 9 - Número: 55 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Três Marias 12 - Cidade: Gov. Dix Sept Rosado 13 - Estado: W 14 - CEP: 59790-000  
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (84) 99827-0066

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 69294 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 - Grande 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 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

40 - Local e Data, Mossoró-RN 15/01/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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:	19/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON FRANCELINO LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000069294-5

---

---

Nr. da Autenticação 3ED56BA53283C1BA







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Lucivaldo Ferreira DinizRG nº 003.034.066, data de expedição 31/07/39, estado SPCPF nº 092.073.934-90 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Ul Chico Mendes</u>
Número	<u>59</u>
Anto/ Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Tres Marias</u>
Cidade	<u>Gov. Dix Sept. Rorato</u>
Estado	<u>PR</u>
CEP	<u>59.790-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 99827-0066</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Monterio - PR 31/10/2019Assinatura do Declarante: Lucivaldo Ferreira Diniz



**DADOS DO CLIENTE**  
FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA  
VILCHICO MENDES 55

CPF: 004.521.934-00 NIS: 10193657177  
CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM MS

08082200018 09/2019  
07/10/2019 29/10/2019  
165,03

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,5600000	0,31871232	8,93
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37684976	26,38
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,61487455	73,78
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,0000000	0,92774551	46,39
Acrescimo Bônus da VERMELHA			10,88
Contrib. 2.ªm. Pública Municipal			9,72
ICMS-Parcela Substitucional			1,52
Multa por atraso NF (72/9765/0 - 2806/11)			0,73
Juros por atraso NF (027473598 - 29/07/19)			

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	
PERÍODO	Tipo de Fatura	ANTERIOR	ATUAL
01/10/19	047	20 03/2019	20 03/2019

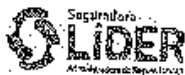
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Consumo Ativo	Consumo Ativo	Consumo Ativo	Consumo Ativo
Consumo Ativo até 30 kWh	30,5600000	Consumo Ativo até 30 kWh	30,5600000
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000
Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,0000000	Consumo Ativo superior a 220 kWh	50,0000000

**INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES**  
Fatura emitida em virtude de cancelamento de fatura anterior, com o mesmo valor de consumo, porém com o valor de consumo atualizado para o período de 01/10/19 a 09/10/19.

**ATC/ADIA COSERN DE GRUPO DE FOMENTO DE SUBSISTÊNCIAS ENERGÉTICAS**  
O Grupo de Fomento de Subsistências Energéticas (GFSE) é uma entidade sem fins lucrativos, criada em 1994, com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e social das comunidades beneficiárias, através da geração e distribuição de energia elétrica.

VALORES EM REAIS					VALORES EM DOLÁRES	
CONSUMO	VALOR ATUALIZADO	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL	VALOR NOMINAL (R)	VALOR NOMINAL (D)
CONSUMO	165,03					
CONSUMO	5,00	10,23	21,46	43,62		
CONSUMO	0,00	7,50	15,15	30,30		
CONSUMO	3,00	6,78	0,00	0,00		

**DATA DE PAGAMENTO**  
07/10/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 165,03  
B3330000001-2 65030058400-3 80822001820-6 01313624823-5



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradolider.com.br](http://www.seguradolider.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 1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 92 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 05 | Central Operadora: 0800 022 81 92

### 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.A3PX7TTP0=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 do faturamento mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu, Lucivaldo Ferreira Diniz  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.078.974, / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jailson Francelino Lopes inscrito (a) no CPF sob o nº 017.031.574, 70  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Jailson Francelino Lopes  
inscrito (a) no CPF sob o nº 017.031.574, 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12;  
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei o 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>VI Chico Mendes</u>	Número: <u>55</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Tres Marias</u>	Cidade: <u>Gov. Dix Sept Rosado</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>Mar Paroi</u>	CEP: <u>59740-000</u>	Tel (DDD): <u>(84) 998 27-0066</u>

Local e Data:

Monró - PA 15/10/2019

Lucivaldo Ferreira Diniz

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017

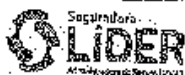


Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/08/2020 10:54:59

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410545921000000056336238>

Número do documento: 20081410545921000000056336238

Num. 58680253 - Pág. 22



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 92 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 05 | Central Operadora: 0800 022 81 92

### 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.A3PX7TTPQ=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 do faturamento mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pela exposto, eu: Lucivaldo Ferreira Diniz  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.078.974, / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jailson Francelino Lopes inscrito (a) no CPF sob o nº 057.055.574, 70  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Jailson Francelino Lopes  
inscrito (a) no CPF sob o nº 057.055.574, 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12;  
Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei o 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>VI Chico Mendes</u>	Número: <u>55</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Tres Marias</u>	Cidade: <u>Gov. Dix Sept Rosado</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>Marcos</u>	CEP: <u>59740-000</u>	Tel (DDD): <u>(84) 9987-0066</u>

Local e Data:

Monção 15/10/2019

Lucivaldo Ferreira Diniz

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 14/08/2020 10:54:59

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410545921000000056336238>

Número do documento: 20081410545921000000056336238





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 62746 /2019

Admissão: 29/09/2019 09:09:12

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 50168 - JAILSON FRANCIELINO LOPES (23 a 5 m 5 d)

Nascimento: 24/04/1996

Natural: CARAUBAS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706808281685421

CPF: 01701157470

Prof:

Mãe: FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA

Pai: JOAO MARIA MARCELINO DE ALMEIDA

Logradouro: SÍTIO TRES MARIAS, 55

CEP: 59790000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

Telefone: 84.998981854

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE

Tipo: NÃO REGULADO

URG/EMERGENCIA

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS: NÃO REGULADO

Classificação:

PESO:

29/09/2019 09:04:49

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTB

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO COM ANIMAL, PILOTAVA MOTO COM CAPACETE. INFORMA DOR NO BRAÇO ONDE SEGUNDO ELE BATEU O ANIMAL. SIC NÃO CHEGOU A CAIR DA MOTO

Hora: 9.30h

Membro de Jovem no antebraço  
 Infr. 55% dor + edema  
 Cr. Edoema no Rx  
 Rx: fx UNLNA (E), SUPLES, em ESPINAL,  
 com BOM CONTATO ÓSSEO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) GESSO AXILAR ALMAR NO MSE			
2) DIPLOMA de + AD, IV		10:30h	
3) TILATIL 40mg + AD, IV			
4) ATETADO 60 dias			
5) DCLPITS			
6) ENCAMENTO AO AMBULATÓRIO			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANE MOSSORÓ 01/10/2019 SANE/ARQUIVO			

\*SAÍDA: (X) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher com PROC)

CID: S60.2

Proc.

Data: / /19. Hr: :

Médico:

\*Gerado via SX por JOSE MARIA DA SILVA. Impresso em 29 de Setembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)



DR WILLIAM CARVALHO FERREIRA  
CRM 1150-MTB149 RJ  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA-DOENÇAS REUMATICAS  
MEDICINA DO TRABALHO.

LAUDO MEDICO

O Paciente JAILSON FRANCELINO LOPES,  
23 ANOS DE IDADE, Separador de peças de MOTOS,  
CPF: 017.011.574-70. HRTM. BOLETIM 64746/2019  
HISTÓRICO: Acidente de trânsito  
entre MOTO e ANIMAL em Bd 405 (SIC)

⇒ FRATURA DIAFISÁRIA MÉDIA DA ULNA  
ESQUERDA, associada a lesão de  
PARTES MOLES, inclusive neuropraxia e  
TENDINITES dos extensores e PRONO  
SUPINADORES do M.S.E. No dia 29.11.2019

PROCEDIMENTO: TALA AXILAR  
Palmar, seguida de Gesso  
Além de uso de ATET+TENE  
SEQUELAS

a) DOR espontânea que se exacerba  
com os movimentos de flexo  
e EXTENSO e PRONO-SUPINAT.  
do Antebraço e punho.

b) Perda da capacidade funcional  
do Antebraço e punho de  
20%.

CID-10 T92 91/ S52.4  
+ G56.2

Mossois 30 de Janeiro de 2020

Policlínica Médica  
Rua João Pessoa, 68 - Centro  
Fone (24) 3321-6121

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 10h da manhã

Clinica Otava Rosado  
Rua Juvenal Lomartina, 119 Centro  
Fone (24) 3317-3636

Horário 2ª, 4ª e 6ª a partir das 7h as 9h30min  
3ª e 5ª Todas as manhãs

Dr. William Carvalho Ferreira  
Ortopedia - Doenças Reumáticas  
Medicina do Trabalho  
CRM 1150/RN - MTB 149/RJ





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 62746 /2019

Admissão: 29/09/2019 09:09:12

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 60168 - JAILSON FRANCELINO LOPES (23 a 5 m 5 d)

Nascimento: 24/04/1996

Natural: CARAUBAS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706808281685421

CPF: 01701157470

Prof:

Mãe: FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA

Pai: JOAO MARIA MARCELINO DE ALMEIDA

Logradouro: SÍTIO TRES MARIAS, 55

CEP: 59790000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GOVERNADOR DIX-SEPT ROSADO

Telefone: 84.998981354

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): CONSULTA DE

Tipo: NÃO REGULADO

URG/EMERGENCIA

\*Empresa:

Origem: FAMILIA

OBS: NÃO REGULADO

Classificação:

PESO:

29/09/2019 09:04:49

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO COM ANIMAL, PILOTAVA MOTO COM CAPACETE. INFORMA DOR NO BRAÇO ONDE SEGUNDO ELE BATEU O ANIMAL. SIC NÃO CHEGOU A CAIR DA MOTO

Hora:

g: 3h

Motricidade de membros no antebraço (B)  
 Hoff. 55%: dor + edema  
 no cotovelo. Rx

Rx: fx UNLVA (E), SUPLES, em ESPINAL,  
 com BOM CONTATO ÓSSEO

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) GESSO AXILORALMAR no MSE			
2) DIPLOMA 4x + AD, IV			
3) TILATIL 40mg + AD, IV			
4) ATORVADA 60 mg			
5) DOLIPRIS			
6) ENCAMBIO no AMBULATÓRIO			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOBORO 21/10/2019 SAME FARELHO			

\*SAIDA: (X) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Freemover) (PROC)

CID: S62.2

Proc.

Data:

/19. Hr:

Médico:

\*Gerado via SX por JOSE MARIA DA SILVA. Impresso em 29 de Setembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)



Vítima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
FABRICA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JAILSON FRANCIELINO LOPES

DOC. IDENTIDADE / RG: 240432053058 MOJESER RN

CPF: 017.011.574-70 DATA NASCIMENTO: 24/04/1996

PAIS: BRASIL

Nome Completo: JUAN MARIA FRANCIELINO DE ALMEIDA  
FRANCISCA JULIA LOPES DE ALMEIDA

1º ENDEREÇO: 05453103498

1ª EMISSÃO: 13/05/2020 1ª RENOVACÃO: 17/09/2015

Assinatura: JAILSON FRANCIELINO LOPES

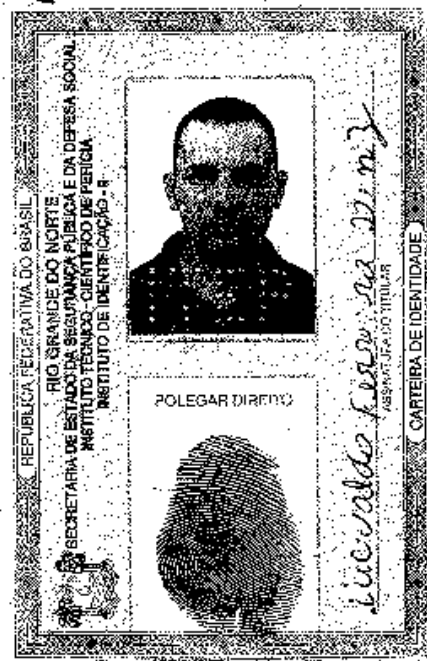
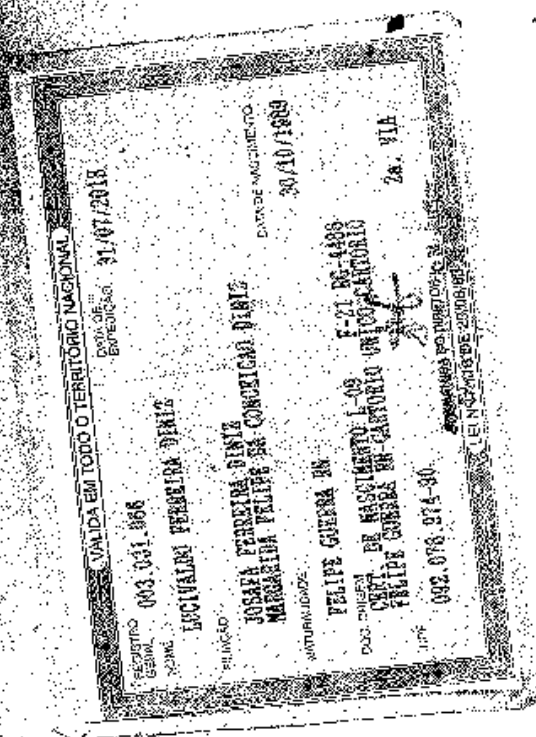
LOCAL: MOSSORO, RN DATA: 19/09/2016

64759237161 201702479459

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1290328912





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA JUSTICA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE INMIGRACAO  
 PATRULHA NACIONAL DE SEGURANCA

Nome  
**GILSON FRANCILINO LOPES**

DOC. IDENTIFIC. PESSO. EMISSOR EM  
 240432053068 MATEUSA RN

CN  
 017.011.574-70 Data Nascimento 24/04/1996

Filiação  
 JOAO MARIA FRANCILINO  
 DE ALMEIDA  
 FRANCISCA JULIA LOPES  
 DE ALMEIDA

Nacionalidade  
 BRASILEIRO

Estado Civil  
 CASADO

Nº Matrícula  
 06463103438

Vigência  
 13/05/2020

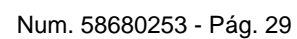
1ª Vigência  
 17/09/2015

Assinatura do Portador  
*Gilson Francilino Lopes*

Local  
 MOSSORO, RN

Data de Emissão  
 19/09/2016

Nº de Emissão  
 84769237161  
 RNT02476459



<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		<b>DETRAN - RN</b> <b>Nº 01452897793</b>	
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>		<b>EXERCÍCIO</b> <b>2019</b>	
<b>VIA</b> <b>COD. RENAVAM</b> <b>00367430294</b>	<b>NOME</b> <b>JAILSON FRANCISLINO LOPES</b>	<b>DATA</b> <b>02/07/2019</b>	
<b>PLACA</b> <b>HT91A26</b>		<b>PLACA ANT. AUT.</b> <b>HT91026</b>	
<b>ESPECIE TIPO</b> <b>VEICULO</b>		<b>COMBUSTIVEL</b> <b>GASOLINA</b>	
<b>MARCA / MODELO</b> <b>FASSELING / MOTOCICLETA MAG. APLICAVE</b>		<b>ANO FAB.</b> <b>2008</b>	
<b>CATEGORIA</b> <b>125</b>		<b>OCOR. PREDOMINANTE</b> <b>ACIDENTE</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>102813,34</b>		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> <b>102813,34</b>	
<b>DATA DE PAGAMENTO</b> <b>24/03/2019</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <b>24/03/2019</b>	
<b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> <b>10281</b>			

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200053963 **Cidade:** Governador Dix-Sept Rosado **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILSON FRANCELINO LOPES **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ANTEBRAÇO- DIAFISÁRIA DE ULNA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** DOR AOS ESFORÇOS, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE LEVE INTENSIDADE.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO APRESENTA CONSOLIDAÇÃO COM SEQUELAS.

**Sequelae permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelae:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/02/2020

**Conduta mantida:**

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: <u>Jailson Francelino Lopes</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Supervisor</u>	
IDENTIDADE: <u>240432053868</u>	CPF: <u>034.034.544-70</u>
ENDEREÇO: <u>Vl Chico Mendes 55 Três Morais</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Lucivaldo Ferreira Diniz</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Autônomo</u>	
IDENTIDADE: <u>003.034.066</u>	CPF: <u>092.078.944-90</u>
ENDEREÇO: <u>Vl Chico Mendes 55 Três Morais</u>	

NOME DA VÍTIMA: Jailson Francelino Lopes  
 DATA DO ACIDENTE: 29/09/19 COBERTURA: Invalididez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Mossoró 14/10/2019  
 LOCAL E DATA

Jailson Francelino Lopes  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENT)

Cartório Quanto Cópia de Notas do Mossoró-RN  
 Rua Jerônimo Rêgo, 74 - Bairro: MARIA LUCIVAM FONTES SILVA  
 AZEVEDO, Cont.: (84)3324-8510 cartorio4mossoara@hotmail.com

**RECONHEÇO por AUTENTIDADE:** a(s) firma(s) de **JAILSON FRANCELINO LOPES** (034.034.544-70)  
 Confira em: <https://selodigital.jrn.br/>  
 Selo Digital: RN201905942930018482FGW  
 Mossoró-RN, 14 de outubro de 2019 08:36  
**DOUGLAS FONTES DE MELLO** - Substituto  
 Lc: Douglas Fontes  
 E-mail: 2.83153@JRN.RN

AA873985



# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: <u>Jailson Francelino Lopes</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Supervisor</u>	
IDENTIDADE: <u>240432053868</u>	CPF: <u>034.034.544-70</u>
ENDEREÇO: <u>Vl Chico Mendes 55 Três Morais</u>	

OUTORGADO

NOME: <u>Lucivaldo Ferreira Diniz</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO: <u>Autônomo</u>	
IDENTIDADE: <u>003.034.066</u>	CPF: <u>092.078.944-90</u>
ENDEREÇO: <u>Vl Chico Mendes 55 Três Morais</u>	

NOME DA VÍTIMA: Jailson Francelino Lopes  
 DATA DO ACIDENTE: 29/09/19 COBERTURA: Invalididez

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Mossoró 14/10/2019  
 LOCAL E DATA

Jailson Francelino Lopes  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENT)

Cartório Quanto Cópia de Notas do Mossoró-RN  
 Rua Jerônimo Rêgo, 74 - Bairro: MARIA LUCIVAM FONTES SILVA  
 AZEVEDO, Cont.: (84)3324-8510 cartorio4mossoara@hotmail.com

**RECONHECO por AUTENTIDADE:** a(s) firma(s) de **JAILSON FRANCELINO LOPES** (034.034.544-70)  
 Confira em: <https://selodigital.jrn.br/>  
 Selo Digital: RN201905942930018482FGW  
 Mossoró-RN, 14 de outubro de 2019 08:36  
**DOUGLAS FONTES DE MELLO** - Substituto  
 Lc: Douglas Fontes  
 Email: 2.83153@JRN.RN

AA873985



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044552/20

**Vítima:** JAILSON FRANCELINO LOPES

**CPF:** 017.011.574-70

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 29/09/2019

**Titular do CPF:** JAILSON FRANCELINO LOPES

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LUCIVALDO FERREIRA DINIZ : 092.078.974-90

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

#### JAILSON FRANCELINO LOPES : 017.011.574-70

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: 31/01/2020  
Nome: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ  
CPF: 092.078.974-90

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

LUCIVALDO FERREIRA DINIZ

GERCIA LOURENCO DA SILVA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470788/19  
**Vítima:** JAILSON FRANCELINO LOPES  
**CPF:** 017.011.574-70  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
**Data do acidente:** 29/09/2019  
**Titular do CPF:** JAILSON FRANCELINO LOPES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LUCIVALDO FERREIRA DINIZ : 092.078.974-90

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

#### JAILSON FRANCELINO LOPES : 017.011.574-70

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: 27/12/2019  
Nome: LUCIVALDO FERREIRA DINIZ  
CPF: 092.078.974-90

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

LUCIVALDO FERREIRA DINIZ

GERCIA LOURENCO DA SILVA

