

# 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: 18/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000081903-5

---

Nr. da Autenticação 6DA963150B6FC3DF

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183325      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 09/02/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE Perna Direita.

**Descrição do exame médico pericial:** FERIDA OPERATÓRIA NA Perna DIREITA EM REGIÃO ANTERIOR, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE Perna DIREITA, DEAMBULANDO COM USO DE 2 MULETAS, FÍSTULA ATIVA EM FERIDA OPERATÓRIA.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO, COLOCADO PLACA E PARAFUSOS NA TÍBIA E ENXERTO ILÍACO À DIREITA EM BOA POSIÇÃO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

**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: 3180183325  
Nome do(a) Examinado(a): Elierbis da Silva do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): R Oscar Ramalho de Farias, 352 C  
Rosa dos Ventos Parnamirim RN CEP: 59141-280  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002692330  
Data local do acidente: [ 09/02/2018 ]  
Data local do exame: [ 08/05/2018 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DE Perna Direita.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE Perna DIREITA, INICIALMENTE COLOCADO FIXADOR EXTERNO E DEPOIS FEITO A SÍNTSE DEFINITIVA.**

**Complicações: NÃO APRESENTOU.**

**Data da Alta: 30/04/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**FERIDA OPERATÓRIA NA Perna DIREITA EM REGIÃO ANTERIOR, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE Perna DIREITA, DEAMBULANDO COM USO DE 2 MULETAS, FISTULA ATIVA EM FERIDA OPERATÓRIA.**

- 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**  **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**INVALIDEZ AO NÍVEL DE MEMBRO INFERIOR À DIREITA COM LIMITAÇÃO DA ADM.**

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 (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

**(X) 50% médio**  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

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

  
Dr. Urai de Oliveira  
CRM/RN - 4315

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180183325      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIERBIS DA SILVA DO      **Data do acidente:** 09/02/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO,  
RG nº 001.313-532, data de expedição 03/08/2004  
Órgão ITEP-RN, portador do CPF nº 034.724.244-86 com  
domicílio na cidade de PARNAMIRIM, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua OSCAR RAMALHO DE FARIAS, nº 352,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO, cujo o condutor era  
ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA / CG - 150 FAN-ESI  
Ano: 2011 - 2011  
Placa: NNZ-7688 / RN  
Chassi: 9C2KC1670BR6365445  
Data do Acidente: 09-02-18  
Local e Data: Parnamirim 11 de Abril de 2018

Maria Silvana da Silva do Nascimento  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELIÃO: ALFENE JOSE AMARAL DE PAIVA  
Av. Brigadeiro Souza, 10 - Boa Esperança - CEP: 50140-800 - Parnamirim-RN - Tel.: (84) 3200-3200 / 3272-2295

Reconhecido por autenticidade e firma de MARIA  
SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO

Em testemunho \_\_\_\_\_

Parnamirim/RN 11/04/2018  
da verdade. Emol R\$ 2,89

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

\*Valido: somente com selo de autenticidade

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
R. dos Potiguaras, 2395 - Loja 4 - Natal - RN



**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

23 ABR 2018

**GENTE SEGURADORA S/A**  
R. dos Potiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
R. das Potiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DETRAN - RN 10897 // 00851 Nº 013708450166  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: PLATEAU EXERCÍCIO:  
1 00366351313 \*\*\*\*\* 2017

NOME: MARIA SILVANA DA SILVA DO MARCIMENTO

RN Nº 013708450166 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

CHASSI: 9C2KC1670BR636545  
PLACA: MNZ 7688  
CLASSE: 1  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

COMBUSTÍVEL: ALCOOL-GÁSOL  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

VIA: 1  
CNPJ / RENAVAM: 00366351303  
PLACA: MNZ 7688  
EXERCÍCIO: 2017  
DATA EMISSÃO: 26/10/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CHP/09-248608000104

Sobre o Bilhete: da Silva

Correspondente do Ministério de Veículos

DETRAN - RN

CONTRAN

TRANSPORTES



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: Mecânico  
Identidade: 26 92330 CPF: 069.050.914-64  
Endereço: Rua: OSCAR RANALHO DE FARIAS, 352, nesa 703 VENJOS.

### OUTORGADO:

Nome: José Flávio da Rocha  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: BACHAREL  
Identidade: 23 85285 CPF: 060.307.704-50  
Endereço: Rua SENADOR DUARTE FILHO, 2492, SANTOS REIS

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Parmamirim 11 de Abril de 2018  
Local e data

Eliezer da Silva do Nascimento

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
R. das Potiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

20

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA  
Reconhecido por autenticidade a firma de ELIERBIS DA



SILVA DO NASCIMENTO

Em testemunho

Parmamirim/RN, 11/04/2018  
da verdade. Emol R\$ 2,89

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

\*Valido somente com selo de autenticidade



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180183325

**Vitima:** ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 09/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE FLAVIO DA ROCHA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183325**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3180183325

**Vítima:** ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 09/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE FLAVIO DA ROCHA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180183325** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Carta nº 12794362

A/C: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180183325 ASL-0143397/18  
**Victima:** ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 09/02/2018  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE FLAVIO DA ROCHA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta n°: 12858517

A/C: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180183325  
**Vitima:** ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 09/02/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE FLAVIO DA ROCHA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000002008**

**Conta: 0000081903-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>

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

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%**

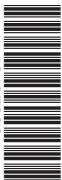
**Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

069.050.9464

Nome completo da vítima

ELIERBISNA SILVA DO NASCIMENTO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ELIERBISNA SILVA DO NASCIMENTO	069.050.9464	MECÂNICO
Endereço	Número	Complemento
Av. OSCAR RAMALHO 10 FARIAS	352	CASA
Bairro	Estado	CEP
Rosa dos Ventos	RN	59141-280
Email	Telefone (DDD)	
JERFLAVIO ROCHA @GMAIL.COM	1841	988595843

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2008		000819035	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ELIERBISNA SILVA DO NASCIMENTO 17 de ABRIL de 2018

Local e Data

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

23 ABR 2018

ELIERBISNA SILVA DO NASCIMENTO  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal  
SEGURO LÍDER S/A  
R. dos Potiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN



437910

Unidade Policial: 1<sup>ª</sup> DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018023001899

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 13/04/2018 15:27:35

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 09/02/2018 17:50:00

2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Desconhecida

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros, Veículo

2.4 Flagrante: Não

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: OSCAR MARIO RAMALHO DE FARIAS

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ROSA DOS VENTOS

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: ELI SEVERINO DO NASCIMENTO

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: MARIA SILVANA DA S DO NASCIMENTO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 06905091464

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 02/04/1993

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.14 RG: 2692330 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 94280312

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 352

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: ROSA DOS VENTOS

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA OSCARRAMALHO DE FARIAS

3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

(NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)**

(NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

23 ABR 2018

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

GENTE SEGURADORA S/A  
R. dos Pátiqares, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NZ7688

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

7.1.18 Observações: POR DEFEITO DO ACELERADOR DA MOTO A VÍTIMA CAIU EM VIA PÚBLICA E QUEBROU A Perna ESQUERDA.

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

A VÍTIMA SAIU DO TRABALHO QUANDO IA PEGAR SUA ESPOSA O PUNHO TRAVOU DANDO DEFEITO NO ACELERADOR DA MOTO A VÍTIMA CAIU EM VIA PÚBLICA E QUEBROU A Perna ESQUERDA E PUPULARES ACIONARAM A SAMU QUE DE IMEDIATO CONDUZIU A VÍTIMA AO HOSPITAL VALFREDO GURGEL MARQUES EM PARNAMIRIM-RN.

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Providências**

REGISTRO DE BO

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

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

Data 13/04/2018 15:27:35

Policial

*Elieberto da Silva da Marinha*  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1702637 - RAIMUNDO ANDRE DA SILVA  
Impresso por: 1702637 - RAIMUNDO ANDRE DA SILVA em 13/04/2018 15:27:39

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018023001899



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 60880 - ELIERBIS DASILVA DO NASCIMENTO (24 a 10 m 7 d)

Nascimento: 02/04/1993 Natural: NATAL-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: 707002821577534

CPF: 06905091464

Prof:

Mãe: MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO Pai:

Logradouro: OSCAR RAMALHO DE FARIAS, 352

CEP: 59141280 Bairro: ROSA DOS VENTOS

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84.994280312

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 09/02/2018 19:31:29

HORA	P.A.	HOSPITAL	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
130 x 90		MAT N° 100 SAMU	100 Ambiente		13	88		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/fratura exposta de mie

Hora: 17:45

Paciente vítima de queda de moto, seu colo. Relata que caiu de cima da moto por cima. Equipe SAMU refere fratura exposta em MIE.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vt perior. Sua corr. colo.
- B Fp perior, respirando em seu ambiente. MV + seu KA.
- C Exame hemodinâmico normal. RCR, 2T, BNF.
- D Glasgow 15.
- E Lesões em MIE.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
R. dos Potiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

\*Saida: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura exposta em MIE

A

B

C

D

E

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
R. dos Poliquizes, 2385 - Loja 4 - Natal - RNA (ALERGIAS): NegaM (MEDICAÇÃO EM USO): NegaP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): NegaL (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): Ar 14 hA (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Rua de colégio em trV (PASSADO VACINAL): VAT

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

Röntgen - x de peito (E) PA e perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) VAT

2) Alta da urinopigia geral

Dr. João Pedro P. Cabral  
CRM 21086

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: On top de diaHORA: 19:50DATA: 09/02

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)