

# 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 AÇOMETIDO, 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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## 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:**

Victor Borba

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

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

Número do Sinistro: 3180183325  
Nome do(a) Examinado(a): Eliebis 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 SÍNTESE 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, FÍSTULA ATIVA EM FERIDA OPERATÓRIA.**

- IV. Nexo de casualidade: 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:

**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"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

☐ ( ) "Sem sequela permanente"

*(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):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Urai de Oliveira**  
CPF - 662.855.349-34  
CRM/RN - 4315



# PARECER DE ANÁLISE 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 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 ITCP-RN, portador do CPF nº 034.724.244-86 com  
domicílio na cidade de PARANAMIRIM, no Estado de  
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
MA. OSCAR RAMALHO DE LACIAS, nº 352,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado 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: NNE-7688/RN  
Chassi: 9C2KC1670BR636545  
Data do Acidente: 09-02-18  
Local e Data: PARANAMIRIM 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**  
TABELÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA  
Av. Brigadeiro Souto, 10 - Boa Esperança - CEP: 55140-500 - Paranamirim-RN - Tel.: (84) 3020-3200 / 3272-2295  
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO  
Em testemunho Paranamirim/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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ELIERRIS DA SILVA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR  
2692330 SSP RN

CPF  
069.050.914-64 DATA NASCIMENTO  
02/04/1993

REACAO  
ELI SEVERINO DO  
NASCIMENTO  
MARIA SILVANA DA S  
NASCIMENTO

PERMISSAO  
ACC  
CENHA  
AB

Nº REGISTRO  
05263302779 VIGENCIA  
12/04/2021 1ª HABILITACAO  
29/07/2011

OBSERVAÇÕES

*Assinatura de Eli do Nascimento*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
PARANAMIRIM, RN DATA EMISSAO  
13/04/2016

11051808864  
RN702394727

DETRAN - RN - RIO GRANDE DO NORTE

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLID. EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1234270510

PLASTIFICAR  
1234270510

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

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

#

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10891 / / 00851 Nº 013708450166  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENOVAÇÃO 00366351303 MATRÍC. EXERCÍCIO 2017

NOME MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO

CNPJ / CNPJ

034.724.244-86

PLACA

PLACA ANT / UF

NNZ7688

CHASSI

9C2KC1670BR636545

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

ALCOOL-GABOL

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

RECORDA / CG 150 FAN EST

2011 2011

CAR / POT / CL

COR PREDOMINANTE

OCV/149 CILINDRADAS

PRETA

CATEGORIA

VENC. COTAS

COTA UNICA

VENC. COTAS

P R\$ 0.00

1º PAGO

V FAIXA L.P.V.A.

2º PAGO

A 002855 3X

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

TAXAS DETRAN: PAGO

DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

ALIAN. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10

AYMORE CREDITO FIDUCIARIO E INVEST BA

NOTOR: KC167B636545

PASSANTEIRIN/RN

DATA 26/10/2017

Sidney Soares da Silva

Coordenador de Registro de Veículos

DETRAN - RN

EXEMPLO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

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

VIA 1 CDD. RENOVAÇÃO 034.724.244-86 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 26/10/2017

RENOVAÇÃO

PLACA

00366351303

NNZ7688

ANO FAB. ANO MOD.

2011 2011

COR PREDOMINANTE

PRETA

VENC. COTAS

VENC. COTAS

COTA UNICA

VENC. COTAS

P R\$ 0.00

1º PAGO

V FAIXA L.P.V.A.

2º PAGO

A 002855 3X

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

TAXAS DETRAN: PAGO

DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

ALIAN. FID. EM FAVOR DE: 07.707.650/0001-10

AYMORE CREDITO FIDUCIARIO E INVEST BA

NOTOR: KC167B636545

PASSANTEIRIN/RN

DATA 26/10/2017

Sidney Soares da Silva

Coordenador de Registro de Veículos

DETRAN - RN

EXEMPLO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

30N / 2017





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: MECÂNICO  
Identidade: 2692330 CPF: 069.050.914-64  
Endereço: AV. OSCAR KAMALHO DE FARIAS, 352, CASA 203 VILA JOY.

### OUTORGADO:

Nome: JOSÉ FLÁVIO DA ROCHA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: BACHAREL  
Identidade: 2385283 CPF: 060.807.704-50  
Endereço: AV. SENADOR DUARTE FILHO, 2492, SANTOIS 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 às 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

Panamirim 11 de Abril de 2018  
Local e data

Elierbis 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. dos Potiguares, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

TABELIÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA  
Av. Brigadeiro Souto, 10 - Boa Esperança - CEP: 55040-500 - Panamirim - RN (041) 3020-3200 / 3272-2295

Reconheço por autenticidade a firma de ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

Panamirim/RN, 11/04/2018  
Em testemunho da verdade. Emol R\$ 2,89

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto  
\*Válido somente com selo de autenticidade

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180183325**

Vítima: **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](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**

Carta nº 12718558



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  
Vitima: 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 nº: 12858517

A/C: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180183325  
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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

069.050.914-64

Nome completo da vítima

ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

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

Nome completo ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO		CPF titular da conta 069.050.914-64	Profissão MECÂNICO
Endereço RUA OSCAR RAMALHO DE FARIAS		Número 352	Complemento CASA
Bairro ROSA DOS VENTOS	Cidade PARANAMIRIM	Estado RN	CEP 59191-280
Email JERFLAVIO ROCHA@hotmail.com		Telefone (DDD) 1841 988595843	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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. 2008 D/V 000819035

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

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.

PARANAMIRIM, 17 de ABRIL de 2018

Local e Data

Eliebris da Silva do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

CENTRO SEGURADORA S/A  
R. dos Potigües, 2385 - Loja 4 - Natal - RN



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



437910

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª 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

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

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

2.3 Fato: Consumado

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

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ROSA DOS VENTOS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: OSCAR MARIO RAMALHO DE FARIAS

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ELIERBIS DA SILVA DO NASCIMENTO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 06905091464

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s): 84 94280312

3.17 Número: 352

3.19 Bairro: ROSA DOS VENTOS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: ELI SEVERINO DO NASCIMENTO

3.6 Mãe: MARIA SILVANA DA S DO NASCIMENTO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 02/04/1993

3.14 RG: 2692330 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA OSCARRAMALHO DE FARIAS

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)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: NNZ7688

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: MARIA SILVANA DA SILVA DO NASCIMENTO

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.

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

23 ABR 2018

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

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 CONDUZIO A VÍTIMA AO HOSPITAL VALFREDO GURGEL EM NATAL-RN PERMANECENDO INTERNADO SÓ SAINDO NO DIA 24 DE FEV DE 2018. VEIO TERMINAR SEU TRATAMENTO NO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM-RN.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE BO

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO 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

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





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6541 /2018

Admissão: 09/02/2018 19:34:49

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: PARDA

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

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 09/02/2018 19:31:29

HORA	P.A.	HR	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 x 90		100	SAMB	18	88		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/fratura exposta de mie

Hora: 17:45

Paciente vítima de queda de moto, sem colisão. Relata que caiu de costas com a moto por cima. Equipe SAMU repare fratura exposta em MIE.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA positiva. Sem cianose.

B Espúrio, respirando em ar ambiente. MV + sem RA.

C Extremidades normo-quentes. RCR, 2T, BNF.

D Glasgow 15.

E Wrista em MIE.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

23 ABR 2018

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

\*Saída: -

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 Potiguaras, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

A (ALERGIAS): Nega  
 M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega  
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Nega  
 L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): As 14h  
 A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Fica de colgamento  
 V (PASSADO VACINAL): VAT desatualizada

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

Raio - x de punho (E) PA e perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) VAT  
 2) Alta da cirurgia geral

Dr. João Luiz de P. Cabral  
Médico  
CRM 71089-1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: OrtopediaHORA: 19:50DATA: 09/02

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Dr. João Luiz de P. Cabral  
Médico  
CRM 71089-1

MÉDICO (CARIMBO)