



Número: **0812837-35.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FLAVIO FRANCO DA SILVA (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60314 650	18/09/2020 10:03	<u>2751762_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO FRANCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 00000008146-3

Nr. da Autenticação 916C68051BFB5A55



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:03:22
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810032225900000057877074>
Número do documento: 20091810032225900000057877074

Num. 60314650 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109937 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO FRANCO DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200109937 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO FRANCO DA SILVA **Data do acidente:** 27/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através 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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 89 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 032 12 06 | Central de Ouvidoria: 0800 371 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 415/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECA/NOTURGINAL.ASP?PTIHO=1&CDPLOCO=2808>

A Circular SUSEP nº 415/12, 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:

Atividade em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização de Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta regra é possível de comunicação em COAF.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PROVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E REGULAMENTAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROTEÇÃO PRIVADA, ADERATA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. 2º CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N°9.035/95.

Pelo exposto, eu Márciana Galdino de Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 090 236 604, 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (s) do Beneficiário

Flávio Franco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 063 630 844 - 93,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, de Vítima: Flávio Franco da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 063 630 844, 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Recepcionista, Renda: R\$ 2.200,00, e apresento os documentos comprobatórios:

Reclamo informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins da prova de residência junto à Seguradora (Lider-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. 209 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Cristina Gomes, Pavilhão</u>	Número:	<u>405</u>	Complemento:	<u>Casa</u>	
Bairro:	<u>Dom Jaime Gama</u>	Cidade:	<u>Mônaco</u>	Estado:	<u>PR</u>	
E-mail:	<u>livia.lima@lider.com.br</u>				CEP:	<u>59621-825</u>
					Tel. (DDD):	<u>(41) 99821-0066</u>

Local e Data: Mônaco - PR - 24/12/19

Márciana Galdino de Lima

Assinatura do Declarante

0109/2020 18/09/2020



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 67505 /2019

Admissão: 27/11/2019 13:40:24

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 53474 - FLAVIO FRANCO DA SILVA (36 a 21 d)

Nascimento: 06/11/1983

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 705701457687630

CPF: 06361084493

Prof:

Mãe: MARIA CREUSA FEREIRA DA SILVA

Pai: RAIMUNDO FERREIRA DA SILVA

Logradouro: CORONEL SOLON ANDRADE, 205

CEP: 59628590

Bairro: DOM JAIME CAMARA

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84.96235680

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

27/11/2019 13:36:38

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIQZ	F.R.	F.C. / Pulsos	TEMP.	Glasgow	RTS
	120 80		99		18	135			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: queda de moto com ferimento em joelho

Hora: 13:45

Paciente vítima de queda de moto há 45 min, em 4x0 à exalação.

Nexa: náuseas e vômitos leves屡次. Taquicardia no momento.

A: visão: pingos sim turbidez

B: mvt: pés dolorosos norte, dor intensa à imprensa tuberculosa

C: Estômagos: dor intensa, cont. Dz: 3h. Fc: 123. Peso: estável, abdômen: sem alterações

D: Glucose 15, hepatos: ausentes e fotorreflexos

E: Dor, edemas: máx. tégua de movimento em região do joelho.

Diagn. Inicial: Trauma

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
C.D: Solutio 8L à gelada.			
Solutio oralizar-se da boca para baixo.			
Altas da Unidade geral			
Voltar: 1h			
Dissolução del ER dentro			
Belo fute			

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/

19.

Hr:

:

Médico:

(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por NEY ROBERTO COSTA LEANDRO. Impresso em 27 de Novembro de 2019.

Carimbar

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAMU MOSSORÓ 07/11/2019

SAMU ARQUIVO

MAT. 1503780



Tarumelopan 14:36 27-11-13

Até para o arredor da testa.

esse se perdeu em falso(?)

Po cor supura palelo desvade

resonância não encontra

as lesões + alto + po PAM M
Agravante de expus

Assinatura

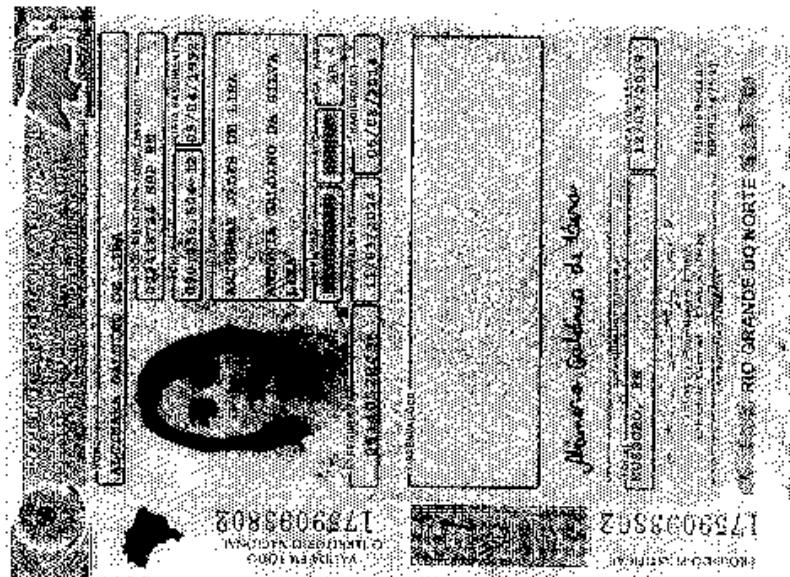
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 09/12/13

A. Karina P. Oliveira

SAMM ARQUIVO

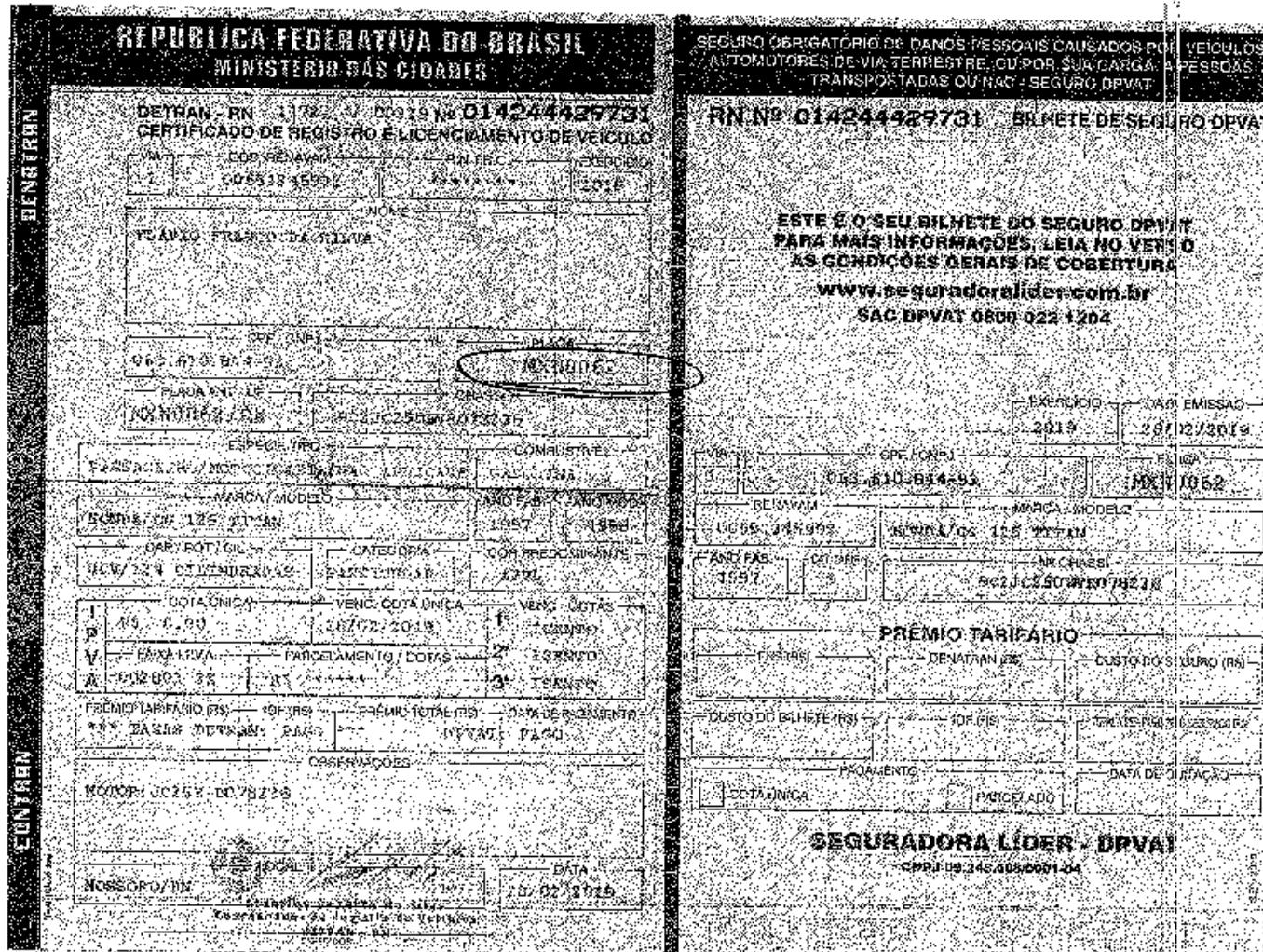
MED - 150 343-6





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:03:22
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810032225900000057877074>
Número do documento: 20091810032225900000057877074

Num. 60314650 - Pág. 8



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087153/20

Vítima: FLAVIO FRANCO DA SILVA

CPF: 063.610.844-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/11/2019

Titular do CPF: FLAVIO FRANCO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALCIMARA GALDINO DE LIRA : 090.236.604-12

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

FLAVIO FRANCO DA SILVA : 063.610.844-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020
Nome: ALCIMARA GALDINO DE LIRA
CPF: 090.236.604-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ALCIMARA GALDINO DE LIRA

GERCA LOURENCO DA SILVA





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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200109937 Vítima: FLAVIO FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIMARA GALDINO DE LIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FLAVIO FRANCO DA SILVA

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, contados 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 n° 15605595



Cap. 00521/000522 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:03:22
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009181003222590000057877074>
Número do documento: 2009181003222590000057877074

Num. 60314650 - Pág. 12



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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200109937 Vítima: FLAVIO FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 27/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIMARA GALDINO DE LIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FLAVIO FRANCO DA SILVA

Informamos que o pagamento da

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **FLAVIO FRANCO DA SILVA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000008146-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

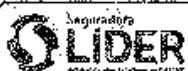
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Eider BT VA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do vínculo ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
063 630 844-93 Flávio Franco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓPIA DA SUA NF/ACT/2012

5 - Nome completo: Flávio Franco da Silva
6 - CPF: 063 630 844-93
7 - Profissão: Servente
8 - Endereço: Rua Cristina Gomes Paulino
9 - Município: São Paulo
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jdm Jaime Camara
12 - Cidade: São Paulo
13 - Bairro: Jd. São Paulo
14 - CEP: 59.628-825
15 - Estado: São Paulo
16 - Telefone: (84) 99927-0066
17 - E-mail: Não

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,01 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADÓIS, TUTORES)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Padrão bancário):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0380 CONTA: 8346 3

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/entitlement do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recolhendo-me e dando, desde já, o direito a opor-se à efetivação do aviso, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE POSSÉSSO DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que sou 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 à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias vom piso superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o preencheimento do anexo do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por favorável, parcialmente, com base na documentação médica apresentada para apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica prévia, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e/ou intensidade 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 da vítima ao direito de contestar a avaliação médica caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Distrito Federal Capital (do Civil) Distrito Judicial Separado Judicialmente Viúvo Casado com vítima: _____
24 - Data da morte da vítima: _____

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não 34 - Vítima: Sim Não 35 - Vítima: Sim Não 36 - Vítima: Sim Não 37 - Vítima: Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT na morte águas os beneficiários que se apresentarem e provaisse esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

38 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): _____

39 - N° [Número] _____
CPF: _____

Assinatura da Seguradora

40 - Local e Data: _____
Flávio Franco da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (de falecida): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
EPS 001 V002/JUN19

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





AUTODATENDIMENTO - AD TERRA DO SAL RN
DATA: 28/12/2019 HORA: 09:46:24
TERMINAL: 30041029 CONTROLE: 300410290124

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2380 810.00006146-3
NOME: FLAVIO FRANCO DA SILVA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPIANÇA DAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 84 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 366615675

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 068171/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/12/2019 14:08 Data/Hora Fim: 11/12/2019 14:40
Delegado de Policia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 27/11/2019 12:30

Local do Fato ,

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: BR-110, Av. Presidente Francisco Mota

Bairro: Alto de São Manoel
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FLAVIO FRANCO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 06/11/1983

Profissão: Servente de Obras

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: MARIA CREUSA FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai: RAIMUNDO FERREIRA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 063.610.844-93

RG - Carteira de Identidade: 002528432

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: CRISTINA GOMES PAULINO

Nº:405

Bairro: DOM JAIME CAMARA

CEP: 59.626-825

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição Veículo tipo Automóvel

CPF/CNPJ do Proprietário 063.610.844-93

Placa MXN0062

Renavam 00691345902

Número do Motor JC25E-W078238

Número do Chassi 9C2JC250WVR078238

Ano/Modelo Fabricação 1998/1997

Número da Carroceria 0

Cor AZUL

UF Véiculo Rio Grande do Norte

Município Véículo Mossoró

Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN

Modelo HONDA/CG 125 TITAN

Véiculo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 07/07/2015

Situação do Véiculo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvidos

FLAVIO FRANCO DA SILVA

Proprietário, Possuidor

Delegado de Polícia Civil:Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

Página 1 de 2

Impresso por: Lulu Valdério de Sales Nobre

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 11/12/2019 14:40

Protocolo nº: Não disponível





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2^a DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 068171/2019

RELATO/HISTÓRICO

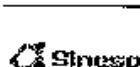
O comunicante/vítima compareceu a esta Delegacia de Polícia para informar que conduzia o veículo já descremido, quando de repente o cabo do acelerador da motocicleta enganchou, ocasião em que o comunicante perdeu o controle e caiu da referida motocicleta, cujo a queda lhe acarretou lesões corporais, conforme consta no boletim de atendimento N° 87505/2019 do HRTM, e avarias (danos) em seu automóvel; QUE: ainda relata ter sido socorrido pela Samu/Mossoró-RN ate o HRTM; QUE: registra este BO para fins de Seguro DPVAT. E nada mais disse.

ASSINATURAS

Luiz Valdério de Sales Nobre
Agente de Polícia
Matrícula 170.249-f
Responsável pelo Atendimento

FLÁVIO FRANCO DA SILVA
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins da ditadura que sou eu (a) unico(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Constituição do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Luiz Valdério de Sales Nobre
Data de impressão: 11/12/2019 14:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:03:22
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810032225900000057877074>
Número do documento: 20091810032225900000057877074

Num. 60314650 - Pág. 17



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Número do Sistivo no ASL: **1063 630 844-93** 3 - CPF da vítima: **Flávio Franco da Silva** 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 450/2012

5 - Nome completo: **Flávio Franco da Silva** 863 630 844-93
 7 - Profissão: **Servente** 8 - Endereço: **Rua Cristina Gomes Paulino** 9 - Número: **405** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Dom Jaime Camara** 12 - Cidade: **Mossoró** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59628-825**
 15 - E-mail: **(34) 99827-0066**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO 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/ TUTORAIS)

CONTA POUPLANÇA (Servirão para os bancos de débito. As regras ficam na opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (081) Caixa Econômica Federal (184)

AGÊNCIA: **6380** CONTA: **8346 5**

[Informar o dígito de verificação] [Informar o dígito de verificação]

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou encarregado(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 10.730/03], uma vez que:
 • Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IMI que atende a região do acidente ou de minha residência não recebe peritos para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realizará perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Colocar o prosseguimento de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, com me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes da colisão de trânsito causadas por veículos automotivos, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a validade médica, caso discordar da sua constatação.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte 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 residuo (resíduo): Sim Não 31 - Vítima teve intelecto? Sim Não 32 - Se intelecto, informar: **Vivos:** Falecidos: 33 - Vítima deixou pais falecidos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT na morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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.

24 - 25 | Número: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

26 - 27 | Número: _____
 CPF: _____

28 - 29 | Número: _____
 CPF: _____

30 - 31 | Número: _____
 CPF: _____

32 - 33 | Número: _____
 CPF: _____

34 - 35 | Número: _____
 CPF: _____

36 - 37 | Número: _____
 CPF: _____

38 - 39 | Número: _____
 CPF: _____

Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 10:32:22
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009181003222590000005787707>
Número do documento: 20091810032225900000057877074

Num. 60314650 - Pág. 18



Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 714

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FLAVIO FRANCO DA SILVA, 36 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Queda de Moto

Data da Ocorrência: **27/11/2019**

Local da ocorrência: BR-110 Avenida: Francisco Mota, Costa e Silva em frente ao Restaurante Tenda.

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

Hora do Chamado: 13h 02min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do SAMU 192 Mossoró.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Alcimara Galdino de Lira, 27 anos, portador de RG: 002.418.724.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADMINISTRATIVA SAMU
MÁTRICULA 58682-1

Silvana do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dra. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretora / SAMU
Mátr. 405418-2
CEP: 59970-399

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samu.mossoro@hotmail.com

