



Número: **0813407-21.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS (AUTOR)		CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60347050	18/09/2020 21:12	2752332_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01468

CONTA: 000000057094-8

Autenticação:

6957B0DFAFFE1C97977ECF10A9F1E05B8E54ADBD62FFB10AF806D8332AAC0A2E



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200514 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA PERNA ESQUERDA (EVOLUIU COM TROMBOSA VENOSA PROFUNDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 10 - CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO DE 07/05/2020 - FCO WILLIAM CARVALHO FERREIRA CRM 1100.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**COSERN**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Vitorino, 155, Lado A, Natal - RN, CEP 59053-205
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20.555.169-1 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

CPF: 230.852.064-04

CLASSIFICAÇÃO
 BY RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSE MENDES DA MACHA 141 LOT
 SANTA HELENA II

SANTO ANTONIO (AREA URBANA)
 MOSSORO RN
 59821-524

053102485	UNICA	18/11/2019
18/11/2019	3000482877	575053

0850471991	11/2019
22/11/2019	17/12/2019
163,37	

CONSUMO	VALOR	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (MWh)	266,0000000	0,66578427	136,48
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,84
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,80
Contribuição Pública Municipal			13,14
Multa por atraso NF 031556681 - 18/10/19			6,47
Multa por atraso NF 031556681 - 18/10/19			0,94

TOTAL DA FATURA 163,37

Nº DO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DO	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (MWh)
00221001	CAT	16-10-2018	85-01-003		11-12-2018	88-12-003		31	1,00000		239,00

PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO	PERÍODO	VALOR	%
NOV-18	275		Base de Cálculo	NOV-18	275	
OUT-18	314		Base de Cálculo	OUT-18	314	
SET-18	403		Base de Cálculo	SET-18	403	
AUG-18	510		Base de Cálculo	AUG-18	510	
JUL-18	556		Base de Cálculo	JUL-18	556	
JUN-18	650		Base de Cálculo	JUN-18	650	
MAY-18	809		Base de Cálculo	MAY-18	809	
ABR-18	722		Base de Cálculo	ABR-18	722	
MAR-18	213		Base de Cálculo	MAR-18	213	
FEV-18	57		Base de Cálculo	FEV-18	57	
OUT-18	503		Base de Cálculo	OUT-18	503	
NOV-18	495		Base de Cálculo	NOV-18	495	
NOV-18	462		Base de Cálculo	NOV-18	462	

4014 2050 C953 ACT5 TACO C953 2700R BSCC

PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO	PERÍODO	VALOR	%
NOV-18	275		Base de Cálculo	NOV-18	275	
OUT-18	314		Base de Cálculo	OUT-18	314	
SET-18	403		Base de Cálculo	SET-18	403	
AUG-18	510		Base de Cálculo	AUG-18	510	
JUL-18	556		Base de Cálculo	JUL-18	556	
JUN-18	650		Base de Cálculo	JUN-18	650	
MAY-18	809		Base de Cálculo	MAY-18	809	
ABR-18	722		Base de Cálculo	ABR-18	722	
MAR-18	213		Base de Cálculo	MAR-18	213	
FEV-18	57		Base de Cálculo	FEV-18	57	
OUT-18	503		Base de Cálculo	OUT-18	503	
NOV-18	495		Base de Cálculo	NOV-18	495	
NOV-18	462		Base de Cálculo	NOV-18	462	

TOTAL A PAGAR (R\$) 163,37

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=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 da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Castro da Noronha inscrito (a) no CPF sob o Nº 877.27021415 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Texeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 230.652.064/04 do sinistro de DPVAT cobertura envolvidos da Vítima Francisco Texeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 230.65206404, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 06 de Janeiro</u>		Número <u>3615</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Santo Antonio</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59611-070</u>
Linha <u>Recuso</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(84) 99538106</u>	Telefone celular (DDD)

Mossoró/RN de 12 de 2020
Local e Data

Assinatura do Declarante

GLDRL001 V001/2017



Vol. Free. Ad. f. photo etc. etc.
 Jan - the box is in. parcel etc.
 Et. - 3 boxes full etc.
 Ad. on stamp of
 No. 100 etc. in N/
 Col. Ad. do and read.

~~RECEIVED~~
~~OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL~~
~~STATE OF NEW YORK~~

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE ARA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MONSIEUR 16 108 20 19
RAME / ARQUIVO





Paciente: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do exame: 13/08/2019

Médico solicitante: JOÃO SALDANHA

DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Veia femoral comum, femoral superficial, femoral profunda, poplítea e tibiais com trajetos habituais e calibres preservados.

Sistema venoso superficial e perforante:

Veia safena magna insuficiente desde a crossa até o terço distal da perna.

O calibre da safena magna é de 0,8 cm na crossa, 0,5 cm no terço distal da coxa e 0,4 cm no terço distal da perna.

Veia safena parva insuficiente em seu terço superior.

Presença de colaterais insuficientes na face medial e anterior da coxa, joelho e perna.

Não foram caracterizadas veias perforantes insuficientes.

Sistema venoso profundo:

Presença de material não compressível intraluminal visível nas veias tibiais anteriores e nas veias gastrocnêmias.

As demais veias do sistema profundo encontram-se pervias e compressíveis.

As manobras compressivas e respiratórias demonstraram refluxo significativo acometendo a veia poplítea.

As demais veias do sistema profundo são competentes.

CONCLUSÃO:

Insuficiência da safena magna.

Insuficiência da safena parva.

Insuficiência de varicosidades.

Trombose venosa profunda.

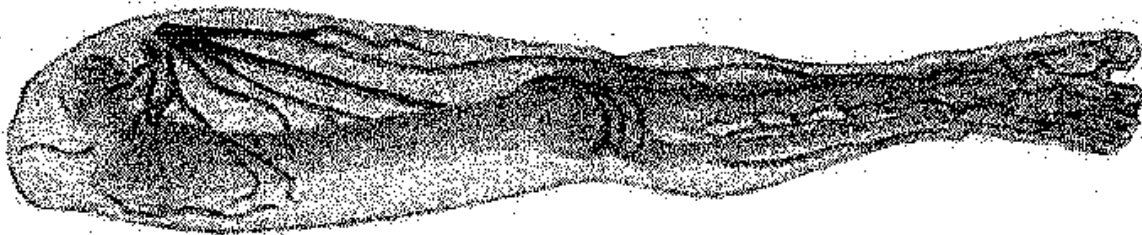
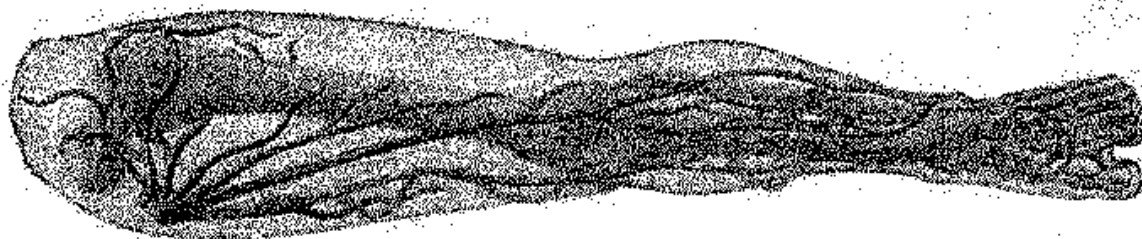
Insuficiência valvular profunda.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.

Dr. Nilson Pedro S. Chaves, CRM 2132

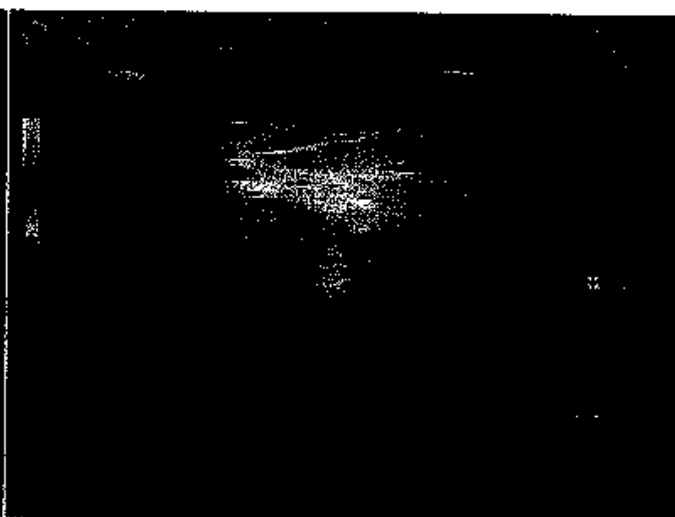
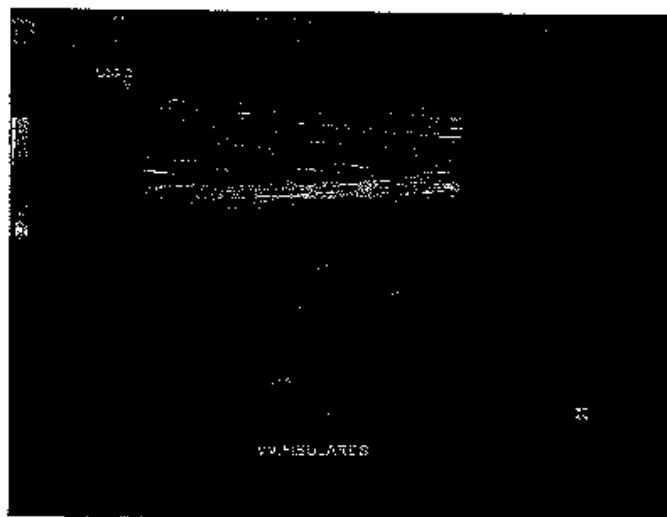
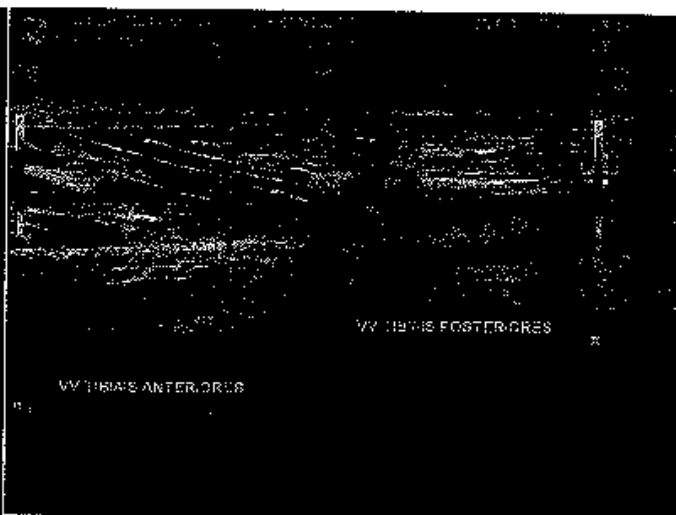
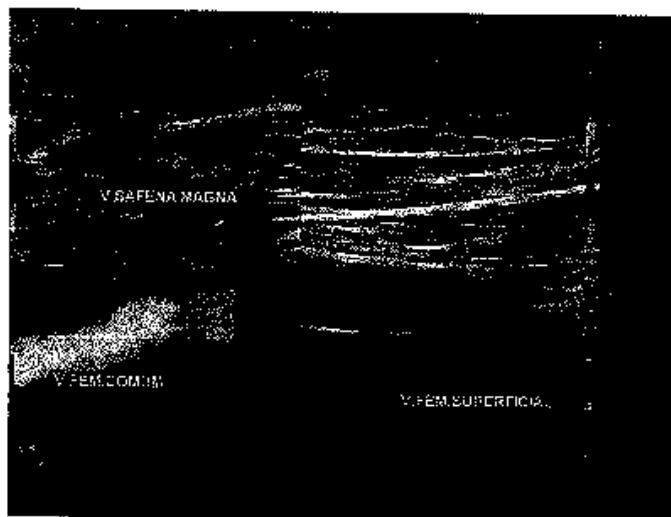
RUA DUODÉCIMO ROSADO, 510 - NOVA BETANIA - MOSSORÓ - RN - FONE (84) 3316-3249

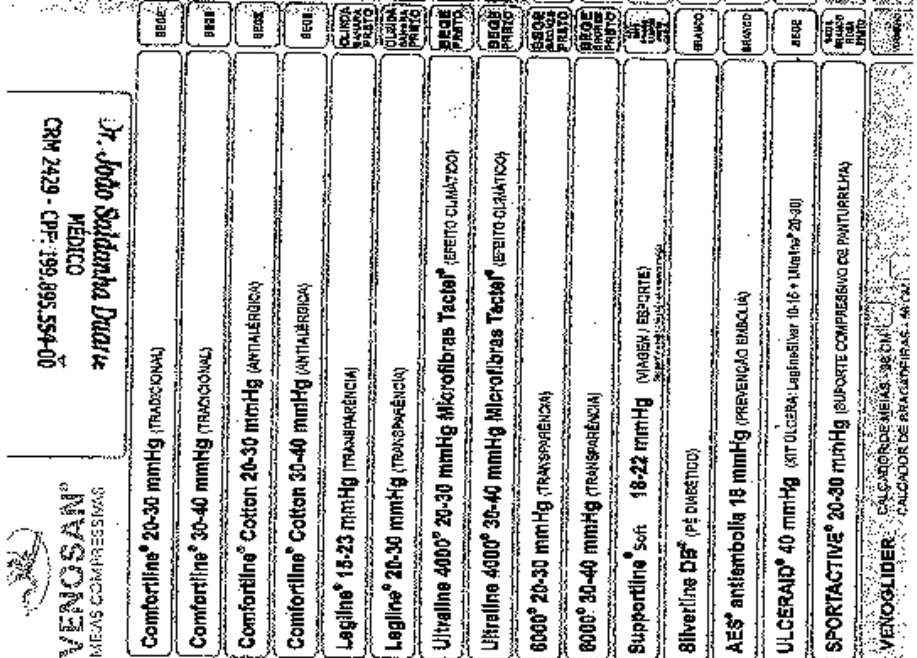




©2012 Centraix







Dr. João Saldanha Duarte
MÉDICO
CRM 2429 - CPF: 199.895.554-00

SWISS REFINING SYSTEM
VENOSAN®

Num. 60347050 - Pág. 10

Médico - CRM 2429

1/flo Teixeira da Silva

2

no int

Xorullo 15

17p. 12/12H (21 dias)

14/08/2020
Dr. João Salazar da Silva
CRM - 2429



LABORATÓRIO E CLÍNICA EXAME

Rua: Juvenal Lamarine, 151 - Centro - Mossoró/RN

Fone: 84 3061-5792 - 3317-2049

21.65 105.81



de S. de Sil

2

06/09/20
609

01.08.18

KENYVE GURIEL
GERENTE ADMINISTRATIVO
CNPJ 08.155.102/01

07/08/18




1/100 token de entrada


X

em ut

Xareta do _____ 1/10

1/100 de


05/09/19
Silvana Duarte
CPF: 190.892.554-65

 @policlinicamossoro
Tel.: 84 3321 5040

Rua João Pessoa, 68 - 59000-015
Centro - Mossoró/RN



Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO
LAUDO Médico

O paciente Francisco Teixeira dos SANTOS, com idade de Mecânico.

HISTÓRICO: Em 07.08.2019 sofreu acidente de trânsito queda de moto. Bolson 6709/2019

DIAGNÓSTICO: TRAUMA de grande impacto na perna esquerda que culminou com TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP). Foi levado ao H.P.M. e seguiu ambulatorialmente, com especialista em Cirurgia Vascular, com persistência dos efeitos: SINAIS e SINTOMAS

- SEQUELAS CID 10 I82.1
- a) DOR + edema
 - b) necessidade de uso de Meias elásticas
 - c) incapacidade funcional estimada em 50% a mais.

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Médico do Trabalho
CRM 1160 - MTB 149 RJ

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ

Segunda e Quarta - Manhã

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321 6121

07.05.2020

CLÍNICA OITAVA ROSADO

Terça, Quinta e Sexta - Manhã

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro

Fones (84) 3317 3636 | 99411 2500



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

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

INSCRIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO / DATA DE EMISSÃO
1229227 1TEP RN

CPF
877.270.214-15

DATA NASCIMENTO
08/08/1972

ENDEREÇO
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUIZA MARIA ALVES DE
CASTRO

PROFISSÃO
[REDACTED]

ACQ
[REDACTED]

CATEGORIA
PIS

IP REGISTRO
01949250644

VALIDADEZ
08/12/2023

EXPIRAÇÃO
08/09/1994

OBSERVAÇÕES
A

Paulo Sérgio Castro de Noronha

ASSINATURA RECONHECIDA

ICCN
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
08/12/2016

99416102055
RN702520714

ASSINATURA LÍQUIDA





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 078603 Data da solicitação: 20/05/2020
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS CPF do beneficiário: 230.652.064-04
Nome do solicitante: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS CPF do solicitante: 230.652.064-04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: () Tel. Comercial: (84) 99538106 Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☒ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☐ Outros: (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU, FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS CPF: 230.652.064-04, VEO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT SOLICITAR A REANÁLISE DO MEU SINISTRO DE NUMERO 3200078603, POIS O MESMO FOI NEGADO SEM TER UMA PERICIA, PEÇO QUE SEJA MARCADA UMA MEDICA PARA COMPROVAR MINHA SEQUELA.

MOSSORÓ 20/05/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

Francisco Teixeira dos Santos
IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Teixeira dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Revisor, Data do Acidente 07.08.2019
Cobertura em Validade, portador(a) do RG 724.314, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 230.662.064-04 residente no(a)
Rua Jose Mendes do Rocha nº 14 Casa 6
bairro: Santo Antonio município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227,
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15, residente
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO
ANTONIO, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Mossoró 04 de Dezembro de 2019.
Local e Data

1º Ofício

Francisco Teixeira dos Santos
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Vieira
R. Vicente Búfalo, 167 - Centro, Mossoró - RN, 59000-120 FONE: (84) 3017-49
Título: Edmar Vieira de Almeida

Reconhecimento de Firma 7019-016023



1º Ofício de Notas
Cartório Vieira
Edmar de Almeida Vieira
Assinatura Substituta



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, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

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 15833099





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, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

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. 01531/01532 - carta_02 - INVALIDEZ

00040766



Carta nº 15840638



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>

Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 19



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, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00603/00604 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

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\$ 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

Recebedor: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000001468

Conta: 0000057094-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Preencher uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: 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 o 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer confissão 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver), 43 - Assinatura do Promotor (se houver)



comprovante de transferência entre contas
Itaú
via app Itaú



realizada em 10/07/2020 às 19:18:17

valor

por

data da transferência

10/07/2020

de

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

agência 8512 conta 243622

para

FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

agência 1468 conta 0057094-8

identificação no extrato

TBI 1468.57094-8

autenticação

56056DFC07212D3509B18EB668E674AD0493395A

conta corrente



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASI: 230.652.064.04 3 - CPF da vítima: 230.652.064.04 4 - Nome completo da vítima: Francisco Teixeira dos Santos

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

5 - Nome completo: Francisco Teixeira dos Santos 6 - CPF: 230.652.064.04
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua José Mendes do Rocha 9 - Número: 14 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-524
15 - E-mail: Recusado 16 - Tel (DDD): 84 9953 8106

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3064 CONTA: 56706 9 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE 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 - 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 noscitu(o) (vivo(s) ou não)? ☐ 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró 02.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC Nº 1 V002/2019





AUTOATENDIMENTO - AG MOSSORO RN

DATA: 10/02/2020

HORA: 12:26:44

TERMINAL: 05601030

CONTROLE: 056010300417

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA :

0013 / OFERSA, RN

CONTA :

001.00028120-07

NOME :

ADOLENE TEAL DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA :

3064 / TERRA DO SAL, RN

CONTA :

013.00056706-9

NOME :

FRANCISCO T D SANTOS

DATA DE EFETIVAÇÃO : 10/02/2020

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.
A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO
E DE 30 MINUTOS

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061433/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 11:13 Data/Hora Fim: 22/11/2019 11:35
Origem: Data: 22/11/2019
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 07/08/2019 19:48

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Rio Branco

Bairro: Santo Antônio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Jucurutu	Sexo: Masculino	Nasc: 17/06/1960
Profissão: Mecânico de Manutenção			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Francisca Teixeira de Sousa			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 230.652.064-04

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: José Mendes da Rocha
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 98798-6795 (Celular)

Nº: 14

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 123.222.814-17	Placa QGZ1691
Renavam 01178828570	Número do Motor KC22E0K031677
Número do Chassi 9C2KC2200KR031675	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN
Modelo HONDA/CG 160 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 17/01/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Teixeira dos Santos	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 22/11/2019 11:35
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061433/2019

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto quando passou por um buraco na via, perdeu o controle do veículo e sofreu queda da motocicleta; Que, após o ocorrido, montou na sua moto e se encaminhou ao HRTM; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não houve representação criminal nesta delegacia; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 1690205
Responsável pelo Atendimento

Francisco Teixeira dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins do direito que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Luis Fernando Sávio de Eliczer Pinto
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 22/11/2019 11:35
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:12:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821122894400000057906490>

Número do documento: 20091821122894400000057906490

Num. 60347050 - Pág. 27